



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
CAMPUS DI RIMINI

**LUTTO PERINATALE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA:
STRATEGIE DI SUPPORTO CENTRATE SULLA PERSONA.
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Tesi di laurea in Psicologia Clinica

Relatore
Prof. Paola Surcinelli

Presentata da
Alice Asioli

**Sessione II – Aprile 2026
Anno Accademico 2024/2025**

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Il lutto perinatale è un tema delicato, spesso poco conosciuto e approfondito e talvolta trascurato nelle varie discipline sanitarie. Nonostante l'esperienza di questa perdita non sia rara e possa avere un impatto significativo sulla salute mentale e sulle relazioni dei genitori, il supporto offerto non è sempre adeguato. È quindi fondamentale che i professionisti della salute siano preparati a fornire un sostegno appropriato alle coppie che vivono la perdita di un figlio. L'utilizzo di interventi assistenziali mirati può contribuire ad alleviare il senso di solitudine, il dolore, i sensi di colpa e le difficoltà legate all'elaborazione del lutto. In questo contesto, l'infermiere, se adeguatamente formato e preparato, può fare la differenza.

OBIETTIVI: Descrivere le strategie infermieristiche centrate sulla persona per fornire un supporto efficace ai genitori che vivono un lutto perinatale, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e favorire il processo di elaborazione del lutto.

MATERIALE E METODI: Lo studio realizzato è una Revisione della Letteratura, condotta attraverso l'utilizzo delle banche dati Pubmed e Cinahl. La ricerca ha incluso 7 studi, pubblicati fra il 2017 e il 2024.

RISULTATI: Gli studi analizzati evidenziano come gli infermieri possano contribuire in modo significativo al benessere emotivo dei genitori attraverso diverse strategie, tra cui la creazione di ricordi condivisi (*memory making*), l'offerta di oggetti transizionali, la comunicazione sensibile ed empatica, il sostegno psicologico e il coinvolgimento attivo nel processo decisionale.

CONCLUSIONI: Questi interventi infermieristici rappresentano una risorsa fondamentale nell'accompagnamento dei genitori durante il percorso di lutto. Inoltre contribuiscono a prevenire l'insorgenza di future difficoltà in ambito sociale e di disturbi nella sfera della salute mentale.

KEY WORDS: Perinatal bereavement, Nurse, perinatal death, nursing care, newborns, NICU, end of life.

INDICE:

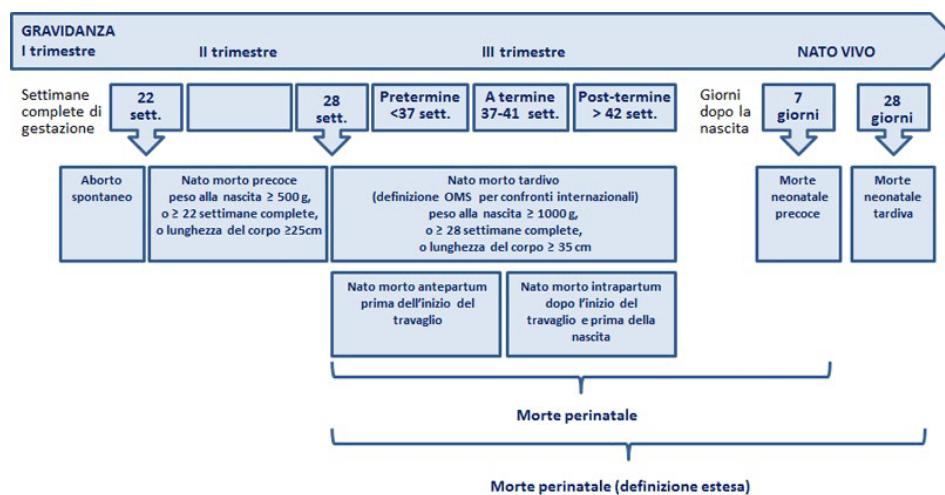
ABSTRACT	
INTRODUZIONE- BACKGROND	Pag. 1
1. COS'È IL LUTTO PERINATALE: DEFINIZIONE E CAUSE	Pag. 1
1.1 Fasi del Lutto e fasi del lutto perinatale.....	Pag. 2
2. IMPATTO EMOTIVO SUI GENITORI	Pag. 3
3. IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO	Pag. 4
4. REVISIONE DELLA LETTERATURA	Pag. 5
4.1 Obiettivi dello studio.....	Pag. 5
4.2 Strategie di ricerca.....	Pag. 6
4.3 Filtri/limiti.....	Pag. 6
4.4 Criteri di selezione degli studi	Pag. 6
4.5 Risultati di ricerca.....	Pag. 8
5. RISULTATI	Pag.19
5.1 Caratteristiche degli studi esaminati.....	Pag.19
5.2 Popolazione degli studi esaminati.....	Pag.19
5.3 Interventi degli studi esaminati.....	Pag.19
6. DISCUSSIONE	Pag.23
6.1 Limite degli studi.....	Pag.26
7. CONCLUSIONI	Pag.28
8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	Pag.30
9. RINGRAZIAMENTI	Pag.32

INTRODUZIONE – BACKGROUND

1. COS'E' IL LUTTO PRENATALE E PERINATALE: DEFINIZIONE E CAUSE

La definizione di “nato morto” (*stillbirth*) varia a livello internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo le sue recenti raccomandazioni, definisce la *morte perinatale* come la morte di un neonato avvenuta a partire dalla 28^a settimana di gestazione e con un peso alla nascita superiore a 1000 g. fino ai 7 giorni successivi alla nascita. Una definizione estesa può includere anche i decessi avvenuti dalla 22^a settimana di gestazione fino ai 28 giorni di vita (Epicentro,2016).

Figura 1 Morte perinatale (Fonte: Epicentro- Istituto Superiore di Sanità,2016)



I genitori costretti a confrontarsi con questo evento sono molti. Si stima che circa una gravidanza su sei si interrompa spontaneamente nella prima metà della gestazione e che circa 1 bambino su 273 muoia in utero o dopo la nascita per complicanze legate alla prematurità o a patologie materne e/o fetali.

Ognuna di queste perdite lascia i genitori profondamente scossi, addolorati e turbati. Il lutto rappresenta un processo lungo e complesso, che può incidere per mesi, talvolta fino a uno o due anni, sull'equilibrio personale e sul benessere psicologico dei genitori e dei familiari. La perdita di un bambino atteso, per qualunque motivo avvenga, costituisce un vero e proprio lutto, indipendentemente dall'epoca gestazionale (Ravaldi, 2014).

Le cause alla base della mortalità perinatale possono essere di molteplice natura. In letteratura vengono identificate tre principali macro-categorie eziologiche, cause di natura:

- placentare, come ad esempio anomalie della placenta, distacco anticipato della stessa, oppure una placenta previa data da una posizione anomala;
- fetale, come difetti congeniti del feto, anomalie genetiche e parto prematuro;
- materne, ad esempio complicanze durante il travaglio e il parto e disturbi della madre in gravidanza, come ipertensione arteriosa e infezioni che possono generare sepsi oppure aborto spontaneo (Nijkamp et al., 2017).

1.1 Fasi del lutto e Fasi del lutto Perinatale

Secondo la psichiatra svizzera Elisabeth Kübler-Ross, fondatrice della psicotanatologia, il processo di elaborazione del lutto si articola in 5 fasi, che non devono essere interpretate come rigidamente sequenziali, ma come possibili configurazioni emotive che possono alternarsi e sovrapporsi (Tyller, 2023).

La prima fase del modello è caratterizzata dalla *negazione*, intesa come meccanismo di difesa attraverso cui la persona fatica ad accettare la realtà dell'evento traumatico.

La seconda fase è caratterizzata dalla *rabbia*, che si esprime molto spesso nei confronti degli operatori sanitari, degli altri membri della famiglia per non essere sufficientemente di supporto, per non comprendere la situazione, o dei fornitori spirituali per l'ingiustizia della perdita. Questa rabbia però potrebbe essere anche generalizzata e non espressamente rivolta, traducendosi in un comportamento poco paziente e incline all'ira. Per il personale infermieristico è fondamentale riconoscere tali manifestazioni come reazioni fisiologiche del processo di lutto e non come attacchi personali.

La terza fase, la *contrattazione*, si traduce in un tentativo simbolico di recuperare un senso di controllo sull'evento.

Segue la fase *depressiva*, caratterizzata da profonda tristezza, anedonia e affaticamento.

L'ultima fase è l'*accettazione*, che non implica l'assenza di dolore, ma la progressiva integrazione della perdita nella propria storia di vita (Tyrrell, 2023).

Nel lutto perinatale durante queste fasi il modo in cui la notizia viene comunicata dai professionisti sanitari può influenzare profondamente la successiva elaborazione del lutto (Rubio-Alvarez et al., 2024).

Alla rabbia possono unirsi i sensi di colpa: i genitori possono interrogarsi sulle possibili cause dell'evento, attribuendo a sé stessi responsabilità reali o immaginarie. Tale dinamica è

particolarmente frequente nelle madri, che possono vivere la perdita come un fallimento corporeo o identitario (Fernández-Sola et al., 2020).

Nel tempo, molti genitori giungono a una fase di progressiva riorganizzazione, in cui la perdita viene integrata nella propria storia di vita. Ciò non implica la scomparsa del dolore, bensì la sua trasformazione in una memoria significativa e meno destabilizzante. La possibilità di creare ricordi del bambino (*memory making*), di attribuirgli un nome e di riconoscerne simbolicamente l'esistenza favorisce questo processo di integrazione (Ellis et al., 2016).

2. IMPATTO EMOTIVO SUI GENITORI

Il lutto perinatale può incidere significativamente sulla relazione di coppia e sulle dinamiche familiari. I partner possono vivere e manifestare il dolore in modo differente, generando incomprensioni o difficoltà comunicative (Ellis et al., 2016).

La perdita perinatale colpisce l'intero sistema familiare: i fratelli possono manifestare sentimenti di abbandono o essere oggetto di atteggiamenti di iperprotezione, mentre i nonni possono rivivere esperienze di perdita pregresse (Fernández-Sola et al., 2020). Sul piano sociale, i genitori possono sperimentare difficoltà lavorative, mancanza di riconoscimento del proprio dolore, assenza di rituali e banalizzazione della perdita. La delegittimazione sociale del lutto perinatale può decisamente ostacolare il processo di elaborazione (Fernández-Sola et al., 2020).

La letteratura sottolinea che il percorso di elaborazione non è lineare né standardizzato ed è influenzato da fattori individuali, culturali, religiosi e dalla qualità dell'assistenza ricevuta (Rubio-Alvarez et al., 2024). È pertanto necessario un approccio assistenziale globale, che non si limiti alla dimensione clinica ma consideri anche il contesto familiare e sociale.

3. IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Il lutto perinatale rappresenta un evento traumatico complesso che coinvolge la dimensione fisica, psicologica, relazionale ed esistenziale della donna e della sua famiglia. La perdita di un figlio durante la gravidanza o nei primi giorni di vita interrompe un processo di costruzione identitaria e progettuale, generando vissuti di dolore intenso, senso di colpa, fallimento e isolamento sociale. In tale contesto, la figura infermieristica assume un ruolo centrale nell'accompagnamento e nel sostegno durante il ricovero e nel periodo immediatamente successivo alla perdita.

La letteratura scientifica evidenzia come la qualità dell'assistenza ricevuta al momento della diagnosi e nelle fasi immediatamente successive alla perdita influenzi significativamente il processo di elaborazione del lutto (Rubio-Alvarez et al., 2024; Ellis et al., 2016). In particolare, uno studio recente pubblicato su *Nursing & Health Sciences* sottolinea l'importanza di un approccio professionale strutturato, empatico e centrato sulla persona, evidenziando come la competenza comunicativa e relazionale degli operatori sanitari rappresenti un fattore determinante nella percezione di qualità delle cure da parte delle donne che hanno vissuto una perdita perinatale (Rubio-Alvarez et al., 2024).

Ulteriori contributi presenti in *Midwifery* e in *BMC Pregnancy and Childbirth* confermano che la carenza di formazione specifica può generare nei professionisti sanitari sentimenti di inadeguatezza, disagio emotivo e tendenza all'evitamento, con ripercussioni negative sia sulla relazione assistenziale sia sul benessere professionale (Gold et al., 2008; Ellis et al., 2016).

La mancanza di competenze specifiche nella gestione del lutto perinatale può tradursi in comunicazioni percepite come fredde o minimizzanti, aggravando l'esperienza traumatica della perdita.

L'assistenza infermieristica in tali situazioni non può limitarsi agli aspetti tecnico-clinici, ma richiede competenze avanzate sul piano relazionale ed emotivo. Tra gli elementi fondamentali emergono: la capacità di comunicare cattive notizie con sensibilità e chiarezza, il riconoscimento e la validazione del dolore espresso dalla donna e dal partner, il rispetto dei tempi individuali di elaborazione, il supporto nella creazione di ricordi (*memory making*), qualora desiderato, e la promozione della continuità assistenziale con eventuale invio a servizi di supporto psicologico.

Le evidenze mostrano inoltre che programmi formativi specifici migliorano la sicurezza percepita dagli infermieri nella gestione del lutto perinatale e aumentano la qualità dell'interazione terapeutica (Gold et al., 2008; Ellis et al., 2016).

La formazione dovrebbe includere conoscenze teoriche sul lutto e sui fattori di rischio per lutto complicato, competenze comunicative avanzate, strategie di gestione delle proprie emozioni e familiarità con linee guida e protocolli assistenziali (Rubio-Alvarez et al., 2024).

Un'assistenza competente nel lutto perinatale implica non solo l'esecuzione corretta di procedure cliniche, ma anche la capacità di "esserci" in modo autentico e professionale. L'infermiere rappresenta spesso la figura di riferimento durante il ricovero, contribuendo a trasformare un'esperienza potenzialmente disumanizzante in un percorso di cura rispettoso, dignitoso e centrato sulla persona. Investire nella preparazione infermieristica specifica significa, pertanto, promuovere qualità assistenziale, tutela del benessere psicologico delle famiglie e prevenzione del *burnout* professionale.

In conclusione, la formazione infermieristica nel lutto perinatale costituisce un elemento imprescindibile per garantire un'assistenza umanizzata, competente e basata sulle evidenze, in grado di sostenere efficacemente le donne e le famiglie in uno dei momenti più critici della loro vita (Rubio-Alvarez et al., 2024; Ellis et al., 2016).

4. REVISIONE DELLA LETTERATURA

4.1 Obiettivi dello studio

L'obiettivo di tale revisione è quello di ricercare in letteratura le evidenze sulle pratiche cliniche e assistenziali infermieristiche, capaci di promuovere un'elaborazione sana del lutto e un miglioramento del benessere psicologico a sostegno dei genitori nelle fasi di lutto perinatale, per accompagnarli al meglio, come professionisti infermieri, nel processo di elaborazione.

Il quesito di ricerca alla base dello studio è "Quali sono le strategie e gli interventi da attuare come infermieri verso i genitori che vivono il lutto perinatale?".

Tabella I: Format “PICOS”

P	<i>Patient/population</i>	Genitori/famigliari che hanno vissuto il lutto perinatale, professionisti sanitari presenti in TIN.
I	<i>Intervetion</i>	Strategie e interventi di supporto a chi vive il lutto perinatale.
C	<i>Comparison</i>	Assistenza standard non specificamente orientata al supporto del lutto perinatale.
O	<i>Outcome</i>	Assistenza infermieristica ai genitori colpiti dal lutto orientata al miglioramento del benessere psicologico nell’elaborazione del lutto perinatale.
S	<i>Study</i>	Revisione sistematica della letteratura.

4.2 Strategie di ricerca

La seguente revisione sistematica della letteratura è stata condotta consultando le banche dati di Pubmed e Cinahl attraverso il sito della biblioteca online di Alma Mater Studiorum Università di Bologna. La ricerca è stata eseguita mediante l’utilizzo di termini “*MeSH*” e “*Text word*” in aggiunta agli operatori booleani (AND, OR e NOT).

Le *keywords* principali utilizzate per le ricerche sono: “perinatal bereavement”, “nurse”, “neonatal death”, “nursing care”, “end of life”, “midwife”, “palliative”.

4.3 Filtri/limiti

In entrambe le banche dati sono stati applicati i seguenti filtri:

- in the last 10 years (2015-2025);
- english/ italiano.

La consultazione delle due banche dati ha prodotto un numero totale di 251 articoli come esplicitato nel diagramma di flusso PRISMA statement e nella tabella I (sintesi dei risultati di ricerca).

4.4 Criteri di selezione degli studi

Una volta identificati i 251 articoli, attraverso le banche dati e la stringa di ricerca sopra definite, sono stati individuati dei criteri di inclusione ed esclusione, allo scopo di prendere in considerazione gli articoli che permettono di rispondere al quesito di ricerca proposto.

Criteri di inclusione:

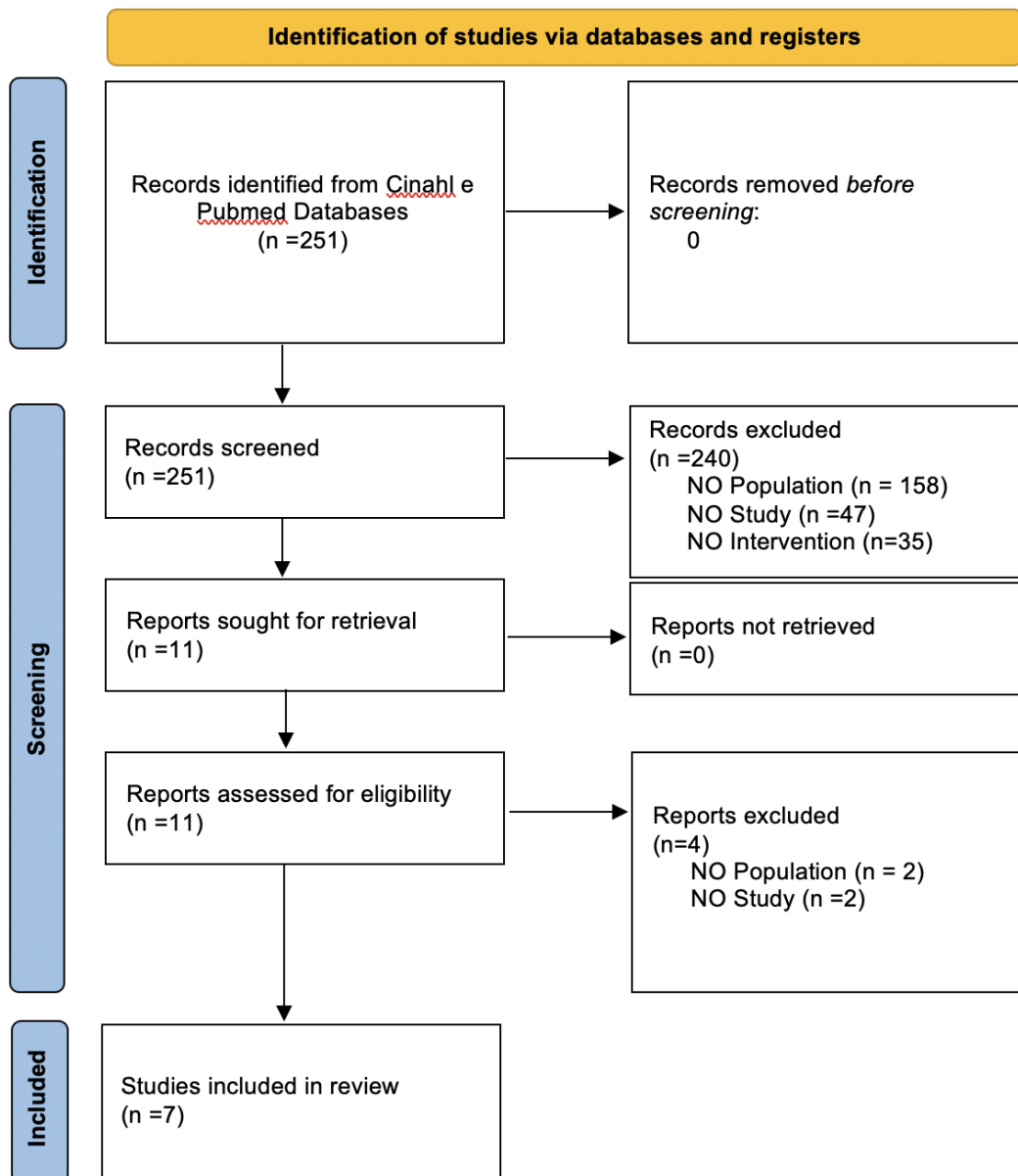
- popolazione: genitori che hanno vissuto il lutto perinatale, personale infermieristico;
- intervento: *memory making*, supporto emotivo, programmi strutturati di *bereavement care*, interventi assistenziali e relazionali, strategie di supporto infermieristiche.

Criteri di esclusione:

- popolazione: lutto in età pediatrica avanzata, genitori che vivono il lutto perinatale precoce (aborto), personale sanitario non infermieristico;
- interventi: tutti quelli non collegati alla pratica infermieristica (es. medici, solo psicoterapeutici, solo ostetrici);
- tipo di studio: abstract privi di testo completo, studi focalizzati unicamente su trattamenti farmacologici del disagio psicologico, di aspetto medico o incentrati in un *setting* esclusivamente ostetrico.

4.5 Risultati di ricerca

Figura 2 PRISMA 2020 Flowchart



Strategie di ricerca

REPORT DELLA RICERCA

Tabella II: Sintesi dei risultati di ricerca

FONTE (banche dati primarie)	PAROLE CHIAVE	ESITI (citazioni trovate)		Citazione bibliografica
1. PUBMED	Key words: “Perinatal bereavement” [mesh] AND “nurse”	TOTAL I 73	PERTINENTI 4	<p>Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, et al. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. <i>Int J Environ Res Public Health</i>. 24 maggio 2021;18(11):5587</p> <p>Paraíso Pueyo E, González Alonso AV, Botigué T, Masot O, Escobar-Bravo MÁ, Lavedán Santamaría A. Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. <i>International Nursing Review</i>. 2021;68(1):122–37</p> <p>LeDuff LD 3rd, Bradshaw WT,</p>

				<p>Blake SM. Transitional Objects to Faciliate Grieving Following Perinatal Loss. <i>Adv Neonatal Care</i>. 2017 Oct;17(5):347-353. doi: 10.1097/ANC.0000000000000429. PMID: 28891820</p> <p>Xu, Dd., Zhang, Gx., Ding, Xb. <i>et al.</i> Bereaved parents' perceptions of memory making: a qualitative meta-synthesis. <i>BMC Palliat Care</i> 23, 24 (2024)</p>
2.PUBMED	<p>Key words “perinatal bereavement” [mesh] AND “nursing care” [mesh] NOT “palliative” [mesh] NOT “midwife”</p>	<p>TOTAL I 68</p>	<p>PERTINENTI 1</p>	<p>Roberts LR, Nick JM, Sarpy NL, Peters J, Tamares S. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. <i>JBIEvid Synth</i>. 2024 Oct 1;22(10):2003-2089. doi: 10.11124/JBIES-23-00149. PMID: 38932508; PMCID: PMC11462878</p>
3. PUBMED	<p>Key words “newborns” [mesh] AND “nurse” [mesh] AND “NICU” [mesh] AND “end of life”</p>	<p>TOTAL I 75</p>	<p>PERTINENTI 1</p>	<p>Gibson K, Hofmeyer A, Warland J. Nurses Providing End-of-Life Care for Infants and Their Families in the NICU: A Review of the Literature. <i>Adv Neonatal Care</i>. Dicembre 2018;18(6):471–9</p>

	[mesh] NOT “palliative”			
4. CINAHL	Key words “Perinatal bereavement” AND “nurse”	TOTAL 135	PERTINENTI 1	Kim E, Kim HW. Nurses’ attitudes and stress related to perinatal bereavement care in Korea: a cross-sectional survey. Korean Journal of Women Health Nursing. 1° giugno 2022;28(2):134–44

Tabella III: Riassunto estrazione dei dati relativi agli articoli

STUDIO	Paraíso Pueyo E, González Alonso AV, Botigué T, Masot O, Escobar-Bravo MÁ, Lavedán Santamaría A. Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. <i>International Nursing Review</i> . 2021;68(1):122–37
DESIGN	Revisione esplorativa della letteratura.
CAMPIONE	9 studi selezionati provenienti dagli Stati Uniti che comprendono genitori in lutto e personale infermieristico coinvolto nell’assistenza nel contesto di Terapia Intensiva Neonatale.
OUTCOMES	Identificare interventi infermieristici per aiutare i genitori a fronteggiare la perdita perinatale nelle unità di Terapia Intensiva Neonatale.
INTERVENTI	Gli autori hanno raggruppato gli interventi in sette categorie tematiche: 1. creazione di un lascito (<i>legacy creation</i>), ad esempio, realizzazione di oggetti commemorativi come impronte, foto o ricordi fisici del neonato; 2. gruppi di supporto, facilitazione di gruppi di sostegno per genitori in lutto, spesso guidati da infermieri o professionisti formati;

	<p>3. accompagnamento familiare e <i>follow-up</i>, supporto continuo ai genitori, anche dopo la dimissione dall'ospedale;</p> <p>4. coinvolgimento attivo dei genitori nell'assistenza pre-morte, permettere e incoraggiare la partecipazione dei genitori alla cura del bambino anche nelle ultime ore di vita;</p> <p>5. programmi di lutto intergenerazionale coinvolgendo fratelli o altri membri della famiglia nel processo di elaborazione del lutto;</p> <p>6. tecnologie di supporto come uso di strumenti digitali (video, fotografie, app.) per facilitare il ricordo e la comunicazione;</p> <p>7. supporto spirituale e religioso.</p>
RISULTATI PRINCIPALI	<p>I suddetti interventi infermieristici nelle TIN favoriscono l'elaborazione del lutto dei genitori e riducono il senso di isolamento. L'integrazione di supporto culturale e spirituale, insieme a protocolli chiari e formazione del personale, rende l'assistenza più coerente, personalizzata e centrata sulla famiglia.</p>

STUDIO	Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Requena-Mullor MdM. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):5587
DESIGN	Revisione sistematica della letteratura.
CAMPIONE	Nei 4 studi sono state coinvolte un totale di 401 donne che avevano vissuto un lutto perinatale in gravidanza o post nascita (entro i 10 giorni).
OUTCOMES	Identificare, analizzare e sintetizzare le prove disponibili sugli interventi infermieristici utilizzati per facilitare il processo di lutto nei genitori che hanno subito una morte perinatale.
INTERVENTI	<p>Gli interventi infermieristici vengono raggruppate in macro categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>memory making</i>: fotografie, impronte mani/piedi, raccolta di oggetti simbolici, possibilità di vedere e tenere il bambino; 2. supporto emotivo: presenza continua, ascolto attivo, validazione del dolore, coinvolgimento del partner; 3. comunicazione efficace: linguaggio chiaro e non medicalizzato, evitare frasi minimizzanti, condivisione delle decisioni; 4. supporto spirituale e culturale: rispetto delle credenze religiose, personalizzazione dei rituali; 5. follow- up post- dimissione: indicazione a gruppi di supporto, invio a servizi psicologici.
RISULTATI PRINCIPALI	<p>Gli interventi infermieristici, in particolare le pratiche di <i>memory making</i>, la comunicazione empatica e il supporto emotivo continuo, favoriscono un’elaborazione del lutto più adattiva nei genitori che affrontano una perdita perinatale.</p> <p>La qualità della relazione assistenziale influenza</p>

	<p>significativamente la percezione dell'esperienza e il benessere psicologico successivo. Tuttavia, emerge una carenza di protocolli standardizzati e di formazione specifica per il personale sanitario, con conseguente disomogeneità nelle pratiche assistenziali.</p>
--	--

STUDIO	<p>Roberts LR, Nick JM, Sarpy NL, Peters J, Tamares S. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. <i>JBIEvid Synth.</i> 2024 Oct 1;22(10):2003-2089. doi: 10.11124/JBIES-23-00149. PMID: 38932508; PMCID: PMC11462878</p>
DESIGN	<p>Revisione sistematica della letteratura.</p>
CAMPIONE	<p>47.598 partecipanti specificati negli studi inclusi, tra cui personale sanitario e genitori in lutto.</p>
OUTCOMES	<p>Mappatura dei risultati sulla salute mentale dei genitori in relazione alle caratteristiche delle linee guida sulla cura del lutto perinatale.</p>
INTERVENTI	<p>Implementazione di linee guida per la cura del lutto, comprendenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. creazione di significato e memoria; 2. comunicazione sensibile e chiara; 3. coinvolgimento nella decisione condivisa; 4. supporto emotivo e sociale efficace; 5. risposta organizzativa di supporto.
RISULTATI PRINCIPALI	<p>Le linee guida che enfatizzano il supporto psicologico compassionevole e l'interazione rispettosa sono associate a migliori risultati nella salute mentale dei genitori. Tuttavia, esistono lacune nella ricerca riguardo a caratteristiche specifiche delle linee guida che sono accettate come migliori pratiche. È necessario un miglioramento nell'implementazione coerente e appropriata delle linee guida per migliorare gli esiti sulla salute mentale dei</p>

	genitori.
--	-----------

STUDIO	LeDuff LD 3rd, Bradshaw WT, Blake SM. Transitional Objects to Faciliate Grieving Following Perinatal Loss. <i>Adv Neonatal Care</i> . 2017 Oct;17(5):347-353. doi: 10.1097/ANC.0000000000000429. PMID: 28891820
DESIGN	Revisione narrativa della letteratura.
CAMPIONE	Genitori colpiti da lutto perinatale in Terapia Intensiva Neonatale.
OUTCOMES	Offrire suggerimenti al personale sanitario delle TIN per assistere al meglio i genitori in lutto attraverso l'utilizzo di oggetti di lutto transitorio.
INTERVENTI	L'intervento centrale è l'utilizzo dei " <i>transitional objects</i> " (oggetti transizionali), ovvero oggetti simbolici che mantengono un legame concreto con il bambino, come: copertine, braccialetti identificativi, fotografie, impronte mani/piedi, indumenti o oggetti appartenenti al neonato.
RISULTATI PRINCIPALI	Lo studio evidenzia che l'offerta strutturata di oggetti transizionali aiuta i genitori a rendere reale e riconosciuta l'esistenza del loro bambino, favorire l'elaborazione del lutto attraverso un legame simbolo continuo, ridurre sentimenti di vuoto e negazione, facilitare la narrazione dell'esperienza. Gli autori sottolineano che tali interventi devono essere proposti con sensibilità, rispettando il tempo e la volontà dei genitori. Inoltre, raccomandano l'integrazione sistematica di questi strumenti nei protocolli assistenziali della TIN.

STUDIO	Xu, Dd., Zhang, Gx., Ding, Xb. <i>et al.</i> Bereaved parents' perceptions of memory making: a qualitative meta-synthesis. <i>BMC Palliat Care</i> 23, 24 (2024)
---------------	--

DESIGN	Meta sintesi qualitativa.
CAMPIONE	47.598 partecipanti. Genitori colpiti da lutto perinatale.
OUTCOMES	Comprendere la percezione e il significato attribuito dai genitori alle pratiche di <i>memory making</i> .
INTERVENTI	Le pratiche di <i>memory making</i> considerate includono: - fotografie del bambino; - impronte di mani e piedi; - ciocche di capelli; - oggetti simbolici (copertine, vestitini, braccialetti) ; - possibilità di vedere, toccare e trascorrere tempo con il neonato; - creazione di rituali o cerimonie.
RISULTATI PRINCIPALI	Il <i>memory making</i> rappresenta per i genitori un elemento fondamentale per: riconoscere l'esistenza e l'identità del bambino, confermare la propria identità genitoriale, integrare la perdita nella propria storia di vita, ridurre sentimenti di rimpianto nel lungo termine. Tuttavia, l'esperienza è profondamente individuale: alcuni genitori inizialmente esitano o rifiutano queste pratiche, ma successivamente possono attribuire loro un significato positivo. Lo studio sottolinea che le pratiche di <i>memory making</i> devono essere: offerte in modo sensibile e non imposto, personalizzate e accompagnate da una comunicazione empatica.

STUDIO	Gibson K, Hofmeyer A, Warland J. Nurses Providing End-of-Life Care for Infants and Their Families in the NICU: A Review of the Literature. <i>Adv Neonatal Care</i> . Dicembre 2018;18(6):471–9
DESIGN	Revisione della letteratura.
CAMPIONE	Vari studi qualitativi e quantitativi con focus su infermieri della Terapia Intensiva Neonatale e famiglie di neonati in fine vita.
OUTCOMES	Migliorare il benessere emotivo e fisico sia dei neonati che delle loro famiglie durante il processo di fine vita e garantire un'assistenza compassionevole, dignitosa e centrata sulle esigenze di ciascun bambino e alla rispettiva famiglia.
INTERVENTI	Gli interventi descritti comprendono il supporto emotivo continuo ai genitori, la comunicazione empatica e trasparente, la facilitazione del contatto tra genitori e neonato, le pratiche di <i>memory making</i> e il sostegno spirituale e culturale personalizzato. Viene inoltre sottolineata l'importanza del coordinamento multidisciplinare e del supporto organizzativo agli infermieri, inclusi momenti di <i>debriefing</i> , per garantire un'assistenza di fine vita centrata sulla famiglia e professionalmente sostenibile.
RISULTATI PRINCIPALI	Con queste tecniche le famiglie si sentono più supportate, ascoltate e coinvolte nel processo decisionale, la qualità della vita del neonato migliora durante le ultime ore o giorni di vita, lo stress e l'ansia tra i genitori e il personale sanitario si riduce e si crea un ambiente di cura più compassionevole e rispettoso, che riconosce l'importanza del supporto emotivo e spirituale.

STUDIO	Kim E, Kim HW. Nurses' attitudes and stress related to perinatal bereavement care in Korea: a cross-sectional
---------------	---

	survey. Korean Journal of Women Health Nursing. 1 giugno 2022;28(2):134–44.
DESIGN	Studio quantitativo osservazionale trasversale.
CAMPIONE	136 Infermieri reclutati in 7 ospedali della Corea del Sud che abbiano avuto almeno un'esperienza di morte perinatale.
OUTCOMES	Capire quali sono le attitudini del personale infermieristico verso l'approccio al lutto perinatale, il loro livello di stress e i fattori che influenzano le attitudini e lo stress.
INTERVENTI	Non sono stati applicati interventi specifici, ma si è analizzata la percezione e lo stress delle infermiere attraverso una raccolta dati tramite questionari su attitudini, stress, formazione e supporto. Le pratiche di assistenza al lutto perinatale messe in atto dagli infermieri sono quelle di base come il supporto emotivo ai genitori, la comunicazione empatica, il rispetto dei rituali culturali e religiosi e la facilitazione del contatto con il neonato.
RISULTATI PRINCIPALI	Il personale infermieristico mostra generalmente atteggiamenti positivi verso l'assistenza al lutto perinatale, ma sperimenta alti livelli di stress, a questo contribuisce la mancanza di formazione specifica e il supporto insufficiente. Una formazione mirata e un supporto psicologico potrebbero dunque migliorare le attitudini e ridurre lo stress, favorendo un'assistenza più empatica ed efficace alle famiglie in lutto.

5. RISULTATI

5.1 Caratteristiche degli studi esaminati

Gli studi inclusi all'interno della presente revisione sono stati pubblicati fra il 2017 e il 2024, la popolazione differisce per numerosità e comprende sia il personale infermieristico presente nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN) e nei reparti di ostetricia, sia i genitori che vivono in prima persona il lutto perinatale. I *setting* sono le Terapie Intensive Neonatali e i reparti di Ostetricia e Ginecologia.

L'ambientazione differisce fra i vari studi comprendendo: Australia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti, Cina, Corea.

5.2 Popolazione degli studi esaminati

La caratteristica che accomuna i vari studi è la popolazione in esame composta da genitori che hanno vissuto una perdita perinatale ovvero tra la 22^a settimana di gravidanza e i primi sette giorni di vita del bambino e tutto il personale sanitario, soprattutto infermieristico coinvolto nelle cure perinatali.

5.3 Interventi degli studi esaminati

L'articolo di LeDuff e collaboratori (2017) è uno studio qualitativo sugli interventi raccomandati o comunemente utilizzati negli ospedali che includono:

- oggetti transizionali forniti ai genitori per mantenere un legame con il neonato deceduto come copertine, cappellini, peluche, impronte di mani e piedi;
- creazione di ricordi come fotografie del bambino, anche se morto, in modo rispettoso e dignitoso e la realizzazione di contenitori piccoli oggetti personali del neonato;
- partecipazione attiva dei genitori, incoraggiandoli a tenere in braccio il neonato, vestirlo, o partecipare a rituali di commiato e offrire scelte su come ricordare il bambino (ad esempio cerimonie religiose o private) ;
- supporto da parte del personale con formazione degli operatori sanitari sull'importanza degli oggetti transizionali e comunicazione empatica e riconoscimento del ruolo genitoriale anche dopo la perdita.

Lo studio Xu e collaboratori (2024) è una revisione di letteratura, svolta utilizzando un approccio di metasintesi qualitativa per capire l'efficacia e la modalità di raccolta dei ricordi

duraturi del bambino per i genitori in lutto. Nove studi sono inclusi nella metasintesi dove sono stati estratti selettivamente le espressioni esclusivamente dai genitori in lutto, omettendo gli operatori sanitari e i fotografi dall'analisi. Sono stati sintetizzati e identificati tre temi generali insieme a undici sottotemi corrispondenti. I tre temi centrali comprendono: (1) Affermare l'importanza della creazione di memoria, (2) Migliori pratiche nella creazione di memoria e (3) Ostacoli alla creazione di memoria efficace. I genitori hanno sottolineato l'importanza della creazione di ricordi, sottolineando che la creazione di opere d'arte *legacy* ha facilitato il tempo di qualità trascorso insieme. Hanno espresso soddisfazione nel possedere fotografie e rappresentazioni fatte a mano dei loro figli, facilitando una connessione duratura poiché questi oggetti tangibili fornivano un promemoria costante. Allo stesso tempo, questi ricordi hanno offerto una piattaforma per condividere narrazioni e ricordi cari sia con i parenti che con gli amici.

Lo studio di Fernández-Férez e collaboratori (2021) è una revisione sistematica volta a determinare l'efficacia degli interventi infermieristici nel facilitare il processo di lutto a seguito di una morte perinatale. Su 640 articoli inizialmente identificati, sono stati selezionati 4 studi: due studi quasi-sperimentali e due studi clinici randomizzati controllati. Tutti gli studi hanno eseguito gli interventi a livello individuale tranne uno, che lo ha fatto a livello di gruppo. Gli interventi sono stati effettuati da infermieri in uno degli studi e in un altro, da un'équipe multidisciplinare (uno psicologo, due medici ostetrici, un ricercatore e due infermieri).

Gli altri due studi rimanenti non hanno specificato chi ha eseguito gli interventi.

Gli interventi infermieristici efficaci identificati nello studio includono:

- supporto professionale con assistenza emotiva e psicologica da parte di infermieri e ostetriche;
- partecipazione alla perdita, incoraggiando i genitori a partecipare attivamente al processo di lutto;
- espressione di emozioni, promuovendo la comunicazione e l'espressione dei sentimenti;
- metodi di distrazione con tecniche per aiutare a gestire il dolore emotivo;
- sessioni di gruppo, ovvero indirizzare le coppie in lutto a partecipare a incontri con altri genitori che hanno vissuto esperienze simili;
- supporto sociale con coinvolgimento nella rete sociale dei genitori;
- attività fisica con esercizi mirati a migliorare il benessere psicologico;

- educazione familiare: formazione per i familiari sul processo di lutto.

La revisione di letteratura di Paraíso Pueyo e collaboratori (2021) ha coperto gli anni dal 2000 al 2019 e ha incluso studi qualitativi, sperimentali (clinici e quasi-sperimentali) e osservazionali (coorte e caso-controllo) per un totale di 327 studi rilevanti. Sono stati esclusi studi che trattavano la morte intrauterina o l'aborto spontaneo precoce.

Dalla selezione finale sono stati scelti 9 articoli pertinenti, tutti di provenienza dagli Stati Uniti che hanno individuato 6 interventi infermieristici efficaci che sono:

1. creazione di un lascito: attività che permettono ai genitori di conservare ricordi tangibili del neonato;
2. gruppi di supporto: incontri per condividere esperienze e ricevere sostegno emotivo
3. accompagnamento e follow-up centrati sulla famiglia: supporto continuo durante e dopo il periodo di ricovero;
4. coinvolgimento dei genitori nell'assistenza pre-morte: partecipazione attiva nella cura del neonato prima della morte;
5. programmi di lutto intergenerazionale: iniziative che coinvolgono diverse generazioni nel processo di lutto;
6. uso di risorse tecnologiche e spirituali: strumenti digitali e supporto spirituale per affrontare il lutto.

Lo studio di Roberts e collaboratori (2024) aveva l'obiettivo di esplorare le linee guida per l'assistenza al lutto perinatale fornite nelle strutture sanitarie prima della dimissione e mappare gli esiti sulla salute mentale dei genitori in relazione a queste linee guida. Sono state escluse le fonti relative ai familiari diversi dai genitori, la perdita perinatale avvenuta al di fuori di una struttura sanitaria e le linee guida per l'assistenza fisica. Dalla revisione sono emerse cinque categorie chiave di linee guida per l'assistenza al lutto perinatale:

1. creazione di significato e ricordi: attività che permettono ai genitori di creare ricordi significativi del loro bambino;
2. comunicazione sensibile e chiara: comunicazione empatica e trasparente con i genitori;
3. decisioni condivise: coinvolgimento dei genitori nelle decisioni riguardanti la cura;
4. supporto emotivo e sociale efficace: fornitura di supporto emotivo e sociale ai genitori;
5. risposta organizzativa di supporto: politiche e pratiche organizzative che supportano i genitori.

Si è notato che i genitori hanno riportato sia esiti negativi (depressione, ansia, rabbia e impotenza) che positivi (*coping*, guarigione, recupero e benessere) sulla loro salute mentale. Le linee guida per l'assistenza al lutto perinatale sono state associate a esiti positivi sulla salute mentale dei genitori, evidenziando l'importanza di un'assistenza empatica e centrata sulla persona.

Lo studio di Gibson e collaboratori (2018) non include interventi sperimentali diretti, ma analizza in letteratura le esperienze di infermieri e indica una serie di approcci che favoriscono la qualità dell'assistenza di fine vita nelle unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Queste pratiche includono per esempio, comfort e rispetto del bambino, soprattutto se prova dolore, fiducia e coinvolgimento decisionale dei genitori, ambiente favorevole a garantire *privacy* e *comfort* sensoriale, gestione emotiva del personale con *debriefing* e supporto multidisciplinare e formazione continua del team su pratiche etiche, *self care* e mortalità neonatale.

Lo studio trasversale svolto da Kim (2022) in Corea ha sottoposto 136 infermieri reclutati in 7 diversi ospedali ad un questionario validato allo scopo di valutare l'atteggiamento degli infermieri verso il lutto perinatale, misurare il loro livello di stress, esaminare le correlazioni tra atteggiamenti, percezione dell'importanza delle politiche ospedaliere e della formazione e individuare elementi potenzialmente migliorabili. Tutti gli infermieri coinvolti avevano vissuto almeno un'esperienza di morte perinatale.

6. DISCUSSIONE

L'articolo di LeDuff et al. (2017) propone un approccio centrato sulla persona, sottolineando l'importanza dell'uso di oggetti transizionali come strumenti terapeutici per facilitare il processo di lutto. Gli autori non conducono una ricerca sperimentale, ma offrono una riflessione clinica basata sulla letteratura e sull'esperienza infermieristica nei reparti neonatali, presentando raccomandazioni concrete per l'assistenza al lutto perinatale.

L'introduzione di oggetti transizionali, come fotografie del neonato, impronte delle mani o *memory box*, si configura come una strategia efficace per convalidare il legame genitoriale e preservare la memoria del bambino. Tali pratiche, seppur semplici, possono avere un impatto significativo sulla salute emotiva dei genitori, contribuendo a normalizzare il dolore e a promuovere un'elaborazione sana del lutto. Il personale sanitario, in particolare gli infermieri, viene incoraggiato ad assumere un ruolo attivo nella gestione del lutto, attraverso gesti concreti e comunicazione empatica. Gli autori evidenziano inoltre l'importanza di offrire scelte significative ai genitori, come il contatto con il neonato deceduto o la partecipazione a rituali, rispettando i tempi, le convinzioni culturali e spirituali di ciascuna famiglia.

Nello studio di Xu et al. (2024) è emerso che i genitori, in particolare le madri (data la prevalenza delle loro testimonianze), attribuiscono un forte valore alla creazione di ricordi come mezzo per mantenere un legame emotivo con i figli deceduti. Le modalità di creazione della memoria includono fotografie, oggetti tangibili (come collane o impronte delle manine e dei piedini), narrazioni e video. Queste pratiche aiutano i genitori a riaffermare il proprio ruolo genitoriale e a elaborare il lutto. Tuttavia, esistono influenze culturali o spirituali che possono portare alcuni genitori a rifiutare tali pratiche. Gli operatori sanitari (in particolare gli infermieri) giocano un ruolo chiave nel supportare i genitori, offrendo opzioni per la creazione della memoria e rispettando background culturali e spirituali diversi. Tuttavia, molte famiglie lamentano la mancanza di guida o informazioni adeguate.

Infine, si sottolinea l'importanza di una comunicazione sensibile e tempestiva, supportata da modelli come *SPIKES* (protocollo strutturato in sei fasi per comunicare cattive notizie), per facilitare l'adozione di pratiche di creazione della memoria e ridurre il rischio di rimpianti e dolore complicato.

La revisione di Fernández-Férez et al. (2021) ha analizzato l'efficacia degli interventi infermieristici nel facilitare il processo di lutto dopo una morte perinatale. Due degli studi inclusi riguardano interventi attuati prima della perdita e hanno evidenziato che il supporto psicologico basato sul modello di adattamento di Roy (Roy, 1976), insieme al supporto sociale, può aiutare le donne ad affrontare l'ansia e a prepararsi emotivamente all'evento. In questa fase è fondamentale fornire ai genitori informazioni chiare su ciò che stanno per affrontare, affinché possano sentirsi maggiormente preparati. In questa fase, è risultato fondamentale fornire informazioni chiare ai genitori su ciò che stanno per affrontare, affinché possano sentirsi più preparati.

Gli interventi successivi alla morte perinatale, invece, si sono focalizzati su approcci come la psico educazione, la psicoterapia, l'attività fisica e le sessioni di gruppo. Questi hanno contribuito a ridurre sintomi di depressione, ansia e disturbi del sonno, migliorando il benessere psicologico dei genitori. La revisione sottolinea anche la mancanza di formazione del personale sanitario, in particolare ostetriche e infermieri, che spesso non si sentono preparati a sostenere i genitori o ad aiutarli a creare ricordi del loro bambino; eppure, sono proprio loro ad avere un ruolo chiave come figure di riferimento durante questo percorso. Per questo motivo, è fondamentale formare il personale alla comunicazione empatica, alla gestione del dolore perinatale e all'applicazione di interventi mirati, affinché possano essere un sostegno concreto e sensibile in uno dei momenti più difficili della vita di una famiglia.

Lo studio condotto da Paraíso Pueyo et al. (2021) si configura come una revisione di scoping che offre un'importante panoramica sulle strategie infermieristiche impiegate per il supporto al lutto perinatale nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale. Attraverso un'analisi sistematica della letteratura gli autori identificano e categorizzano interventi infermieristici mirati a sostenere le famiglie che affrontano la perdita di un neonato, evidenziando sia buone pratiche consolidate, che aree ancora poco esplorate dal punto di vista scientifico. Un elemento di rilievo emerso dalla revisione è il ruolo centrale dell'infermiere nella gestione del processo di lutto, in quanto figura di riferimento continuo per i genitori durante un evento traumatico come la morte neonatale. In particolare, interventi come la creazione di un lascito (*memory making*), l'accompagnamento emotivo, i gruppi di supporto e l'utilizzo di approcci spirituali e tecnologici si sono dimostrati efficaci nel fornire un supporto empatico e personalizzato alle famiglie. Queste strategie non solo facilitano l'elaborazione del lutto, ma possono anche

contribuire a rafforzare la relazione terapeutica tra infermieri e genitori, migliorando la qualità complessiva dell'assistenza.

Nello studio di Roberts et al. (2024) si indagano due aspetti fondamentali legati alla perdita perinatale: da un lato, le caratteristiche delle linee guida per l'assistenza al lutto presenti in letteratura, dall'altro gli esiti di salute mentale riportati dai genitori dopo tali eventi. Nel complesso, la revisione ha rilevato che la qualità dell'interazione tra operatori sanitari e genitori, così come il grado di implementazione delle linee guida, influenzano profondamente l'impatto emotivo della perdita. Quando le pratiche assistenziali sono empatiche, rispettose e continuative, i genitori sembrano beneficiare di un migliore adattamento psicologico; al contrario, un'applicazione parziale o incoerente delle raccomandazioni può generare disagio, frustrazione e un maggiore rischio di esiti psicopatologici. Si arriva a sviluppare cinque categorie fondamentali di intervento, ricorrenti nelle linee guida: la creazione di ricordi significativi del bambino, una comunicazione chiara e compassionevole, il coinvolgimento dei genitori nel processo decisionale, un supporto emotivo e sociale adeguato, e infine risposte organizzative che siano flessibili e centrate sulla persona. Ogni categoria è risultata, in misura diversa, correlata ad esiti di salute mentale come ansia, depressione, *coping* o sintomi post-traumatici. Un ruolo di particolare rilievo è attribuito alla comunicazione: essa non solo incide direttamente sul vissuto emotivo dei genitori, ma condiziona anche la qualità del processo decisionale condiviso.

Nello studio di Gibson et al. (2018) sono stati evidenziati cinque temi fondamentali: *advocacy*, relazioni familiari, ambiente di cura, risposte emotive e inadeguatezza professionale. Questi temi riflettono la complessità e la ricchezza del ruolo infermieristico nel contesto del fine vita neonatale nelle unità di TIN, confermando che l'assistenza al fine vita non è solo una competenza tecnica, ma un'integrazione di supporto globale, che include aspetti etici, emotivi e relazionali.

Sono emersi come punti di forza l'empatia, il coinvolgimento della famiglia, con il neonato e con i suoi famigliari, creare ambienti confortevoli e adeguati (con luci, privacy e rumori controllati). Nella revisione si evidenzia anche come l'esposizione prolungata alla morte neonatale generi dilemmi morali, stress acuto, e persino segni di evitamento da parte del personale. Tali dinamiche sono coerenti con studi qualitativi precedenti, che mettono in luce le strategie di *coping*, da quelle salutari (*debriefing*, *peer support*) a quelle meno adattive

(compartimentazione emotiva) e la crescita professionale che ne deriva. Persiste ed emerge ancora oggi la sensazione di non essere adeguati e quindi il bisogno di programmare momenti di formazione strutturati.

Lo studio di Kim et al. (2022) evidenzia come gli infermieri coreani coinvolti mostrino atteggiamenti molto positivi e sensibili nell'assistenza al lutto perinatale, riconoscendo l'importanza di offrire rispetto e supporto alle famiglie. Tuttavia, nonostante questa predisposizione, gli infermieri percepiscono un elevato livello di stress legato a questo tipo di assistenza. È emersa anche la necessità di politiche ospedaliere chiare e di formazione specifica per supportare meglio il personale. Infine, lo stress sembra essere indipendente dall'esperienza personale, sottolineando l'importanza di fornire supporto emotivo a tutti gli operatori coinvolti. Questi risultati indicano la necessità di interventi organizzativi e formativi per migliorare il benessere degli infermieri e la qualità dell'assistenza offerta alle famiglie in lutto.

6.1 Limiti degli studi

Sono presenti alcuni limiti nella maggior parte degli studi esaminati:

- Nello studio di Fernández-Férez et al. (2021) la limitata quantità di studi inclusi potrebbe influenzare la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, la qualità metodologica degli studi inclusi non è stata dettagliatamente discussa, il che potrebbe influenzare la robustezza delle conclusioni;
- Nella revisione di Paraíso Pueyo et al. (2021) gli articoli presenti nella revisione sono tutti provenienti dagli Stati Uniti, questo limita la rappresentatività dei risultati a contesti culturali e geografici specifici. La scarsità di studi disponibili evidenzia la necessità di ulteriori ricerche per valutare l'efficacia degli interventi proposti;
- Nell'articolo di LeDuff et al. (2017) ci si concentra su un aspetto specifico del lutto, ovvero l'uso di oggetti transizionali, senza considerare un ampio spettro di interventi infermieristici. La limitata portata dell'analisi potrebbe non riflettere la complessità del processo di lutto perinatale;
- La ricerca di Xu et al. (2024) si basa su studi qualitativi, che, pur offrendo approfondimenti significativi, potrebbero essere influenzati da *bias* interpretativi e mancanza di generalizzabilità;

- Nonostante l'inclusione di 195 fonti, la revisione di Roberts et al. (2024) evidenzia una mancanza di studi sperimentali e una implementazione incoerente delle linee guida, indicando una necessità di ricerca più approfondita e di politiche sanitarie più uniformi;
- Lo studio di Gibson et al. (2018), trattandosi di una revisione narrativa, non segue criteri sistematici rigorosi, esponendosi a possibili *bias* di selezione. Gli studi inclusi sono eterogenei per metodologia, contesto geografico e data, rendendo difficile generalizzare i risultati. Inoltre, manca una valutazione strutturata della qualità delle fonti e non vengono forniti dati quantitativi, limitando l'applicabilità pratica delle conclusioni. Infine, pur offrendo riflessioni teoriche importanti, non propone strumenti operativi concreti per la pratica clinica e non considera il contributo multidisciplinare di altri professionisti;
- Lo studio di Kim et al. (2022) essendo di tipo trasversale, non permette di stabilire relazioni causali tra le variabili analizzate, ma solo associazioni. Inoltre, il campione è stato selezionato da un numero limitato di strutture ospedaliere, rendendo difficile generalizzare i risultati all'intera popolazione infermieristica coreana. I dati sono stati raccolti tramite questionari auto compilati, il che può aver introdotto bias legati alla percezione soggettiva o al desiderio di fornire risposte socialmente accettabili.

7. CONCLUSIONI

La revisione ha permesso di esplorare in profondità il ruolo dell'assistenza infermieristica nel supportare i genitori colpiti da una perdita perinatale, mettendo in luce l'importanza di interventi mirati, empatici e centrati sulla persona. Gli studi analizzati dimostrano come gli infermieri possano contribuire in modo significativo al benessere emotivo dei genitori attraverso strategie quali la creazione di ricordi (*memory making*), l'offerta di oggetti transizionali, la comunicazione sensibile, il sostegno psicologico e il coinvolgimento attivo nel processo decisionale.

L'intervento infermieristico, quando ben strutturato e consapevole, rappresenta una risorsa fondamentale per accompagnare i genitori in un momento di profondo dolore, facilitando non solo l'elaborazione del lutto, ma anche la preservazione del legame genitoriale con il bambino deceduto, questo aiuta anche a prevenire nel genitore esiti di problematiche nella sfera della salute mentale e nell'ambito sociale.

In particolare, l'infermiere si presenta come figura chiave nella relazione d'aiuto, capace di garantire una presenza costante, un ascolto attivo e un orientamento rispettoso delle preferenze, dei tempi e dei valori culturali e spirituali di ogni famiglia.

Tuttavia, la letteratura evidenzia ancora alcune criticità, tra cui la carenza di formazione specifica del personale infermieristico, la variabilità nell'implementazione delle linee guida e la mancanza di protocolli uniformi all'interno delle strutture sanitarie. Questi limiti rappresentano un ostacolo al raggiungimento di un'assistenza realmente efficace e omogenea e lasciano a spazio a insicurezze, impreparazione e probabili fenomeni di “*burn out*” nel personale infermieristico.

In questo contesto, assume particolare rilevanza anche il ruolo delle associazioni di supporto ai genitori in lutto perinatale, come “*Prima Coccia*” presente nella Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale Infermi di Rimini e “*CiaoLapo*”, che opera attivamente sul territorio nazionale offrendo sostegno psicologico, gruppi di auto-aiuto, formazione per i professionisti sanitari e promozione della cultura del riconoscimento del lutto perinatale. La collaborazione tra strutture sanitarie e realtà associative rappresenta un valore aggiunto nell'accompagnamento delle famiglie, contribuendo a garantire continuità assistenziale anche dopo la dimissione ospedaliera.

Per questi motivi, si rende necessario investire nella formazione degli operatori sanitari, promuovere l'adozione di buone pratiche basate sull'evidenza e sviluppare modelli

assistenziali che integrino il sostegno al lutto perinatale come parte integrante della cura. Solo attraverso un approccio olistico, empatico e interdisciplinare sarà possibile offrire ai genitori un accompagnamento autentico e competente, trasformando un'esperienza profondamente dolorosa e traumatica in un percorso di riconoscimento, memoria e graduale rielaborazione del dolore.

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Defilla, D. (n.d.) *Il lutto perinatale: definizione, classificazioni e caratteristiche*. Available at: <https://luttoperinatale.life> (Accessed: Maggio 2025).

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C. *et al.* (2016) ‘Systematic review to understand and improve care after stillbirth: perspectives of parents and healthcare professionals’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, p. 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>.

EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità (2016) *Sorveglianza mortalità perinatale – Dati epidemiologici mortalità perinatale*. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/itoss/EpidMortPerinatale> (Accessed: Maggio 2025).

Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M.I., Camacho-Ávila, M. *et al.* (2021) ‘Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: a systematic review’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>.

Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J.M. *et al.* (2020) ‘Impatto della morte perinatale sul contesto sociale e familiare dei genitori’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>.

Gibson, K., Hofmeyer, A. and Warland, J. (2018) ‘Nurses providing end-of-life care for infants and their families in the NICU: a review of the literature’, *Advances in Neonatal Care*, 18(6), pp. 471–479. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000549>.

Gold, K.J., Kuznia, A.L. and Hayward, R.A. (2008) ‘How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians’, *Midwifery*, 24(3), pp. 273–282. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.004>.

Kim, E. and Kim, H.W. (2022) ‘Nurses’ attitudes and stress related to perinatal bereavement care in Korea: a cross-sectional survey’, *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(2), pp. 134–144. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.06.01>.

LeDuff, L.D., Bradshaw, W.T. and Blake, S.M. (2017) ‘Transitional objects to facilitate grieving following perinatal loss’, *Advances in Neonatal Care*, 17(5), pp. 347–353. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000429>.

Nijkamp, J., Sebire, N.J., Bouman, K. *et al.* (2017) ‘Perinatal death investigations: what is current practice?’, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), pp. 167–175.

<https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.005>.

Paraíso Pueyo, E., González Alonso, A.V., Botigué, T. *et al.* (2021) ‘Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: a scoping review’, *International Nursing Review*, 68(1), pp. 122–137. <https://doi.org/10.1111/inr.12614>.

Ravaldi, C. (2014) *Piccoli Principi*. Firenze: Officina Grafica Edizioni. Pp. 3-98

Roberts, L.R., Nick, J.M., Sarpy, N.L. *et al.* (2024) ‘Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review’, *JBIE Evidence Synthesis*, 22(10), pp. 2003–2089. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00149>

Roy, C. (1976). *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Rubio-Alvarez, A., Jiménez-Ramos, C., Bravo-Vaquero, C. *et al.* (2024) ‘Approccio professionale alla cura delle donne che hanno subito una perdita perinatale’, *Nursing & Health Sciences*, 26(2), e13116. <https://doi.org/10.1111/nhs.13116>.

Tyrrell, P. (2023) ‘Kubler-Ross stages of dying and subsequent models of grief’, in *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/> (Accessed: Ottobre 2025).

Xu, D., Zhang, G., Ding, X. *et al.* (2024) ‘Bereaved parents’ perceptions of memory making: a qualitative meta-synthesis’, *BMC Palliative Care*, 23, 24. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01363-8>.

9. RINGRAZIAMENTI

Il primo grazie va a mio marito Vincenzo, che mi ha permesso di intraprendere questo percorso, accollandosi il mantenimento economico dell'intera famiglia e lavorando per due per tutta la durata dei 3 anni, consapevole che io avrei potuto contribuire meno di quanto avessi fatto fino a quel momento, anche se grazie alla borsa di studio e a qualche lavoro saltuario non mi sono sentita del tutto inutile.

Un enorme grazie va ai miei figli che non hanno certo facilitato il mio percorso ma mi hanno reso più determinata nel terminarlo in corso, ringrazio Nicolas per essersi autogestito quando le lezioni e il tirocinio mi portavano via da casa per tante ore e per avermi interrogata, a volte, prima degli esami, Samuel il mio bambino arcobaleno che mi ha concesso una seconda vita dopo la tempesta e che “abbandonavo” all'asilo fino al tardo pomeriggio per non fare assenze a lezione, Ginevra che è arrivata a sorpresa a metà del percorso universitario, inizialmente complicando la mia prospettiva di percorso ma poi motivando ancora di più il raggiungimento del mio obiettivo di laurea, bimba adorabile che è stata la mascotte di tutta la classe diventando la “nipotina” di tutti gli studenti e rendendomi le lezioni molto più dinamiche e ovviamente Adele, che con il suo viaggio tra le stelle è stata fonte di ispirazione per questa tesi e che rimane tutt'oggi la stella più bella e luminosa presente nel cielo.

Un grazie va a Valentina, Roberta, Stefania, Agatina, Ricarda e a tutte le tantissime amiche e persone che mi hanno permesso di assentarmi per il tirocinio, le lezioni, i laboratori o semplicemente per il tempo di un esame, tranquilla, sapendo che lasciavo i miei bambini in mani sicure.

Un grazie va a Chiara F. per avermi sopportata ogni volta che le inviavo un caso clinico da visionare, sempre disponibile con preziosi consigli.

Un grazie va a mia mamma, altra stella luminosa al quale vorrei gridare “ce l'ho fatta!” che so, oggi sarebbe fiera di me, donna che ogni infermiere vorrebbe avere come paziente, grintosa, forte, sorridente e mai lamentosa, la paziente che offre le brioches a inizio turno e che prima di morire trova la forza di scrivere una lettera di ringraziamento allo staff infermieristico per ringraziarli delle cure ricevute e definendoli “angeli”.

Un grazie va ai miei compagni di università, che nonostante la differenza di età mi hanno inclusa e accolta come se fossi una loro coetanea, anche se ogni tanto mi chiamavano “boomer”, in modo scherzoso, e che mi hanno aiutato a intrattenere Ginevra e al bisogno

erano pronti a passarmi gli appunti qualora, per ovvi motivi, fossi costretta a distrarmi dalla lezione in corso.

Un grazie va anche ai professori e ai tutor che hanno sempre ben accolto la presenza di Ginevra alle lezioni e agli esami e mi hanno permesso, qualora ne avessi avuto estremo bisogno di seguire parte delle lezioni da casa quando Ginevra era appena nata.

Un altro grazie va all'associazione ciaoLapo, che si occupa ogni giorno di affiancare i genitori che vivono il lutto perinatale e alla Prima Coccola, sempre presente nella Terapia Intensiva neonatale di Rimini.

Un grazie lo rivolgo anche a me stessa, per la forza, la determinazione, la costanza e la maniacale organizzazione nel programmare turni di babysitter, studio, lezioni, laboratori, turni di tirocinio, gestione della casa, programmazione esami e tanto altro per cercare di non rimanere mai indietro.

Un grazie generale lo rivolgo a tutti quelli che mi hanno sostenuta emotivamente, facendo il tifo per me quando mi sentivo demoralizzata e temevo di non arrivare al traguardo, in un percorso indubbiamente per me più degli altri, in salita.

Oggi finalmente posso gridare, anche verso il cielo: CE L'HO FATTA!