

L'INFLUENZA DELLA MORTE ENDOUTERINA FETALE SULLA SALUTE EMOTIVA DEGLI OPERATORI SANITARI

Autori: Dott.ssa Pulpito Rita¹; Dott.ssa Cavone Graziana²; Dott.ssa Prussiano Giusy Flavia³; Dott. Silvio Simeone⁴; Dott.ssa Filomena Stile^{5*}

1. Docente a contratto presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Scuola di Medicina Corso di Laurea in Ostetricia. CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" – Martina Franca
2. Laureata in Ostetricia presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
3. CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" – Martina Franca
4. Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
5. Docente a contratto presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Scuola di Medicina Corso di Laurea in Ostetricia. CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" – Martina Franca

* *Corresponding Author:* Dott.ssa Filomena Stile, Dipartimento di Ostetricia - P.O. "Valle d'Itria" – Martina Franca , Docente a contratto Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" (Italia). E-mail: filo_memy@hotmail.it

<https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-26>

ABSTRACT

Introduzione: La morte endouterina fetale rappresenta un problema rilevante per la mortalità perinatale colpendo 2,6 milioni di famiglie ogni anno. Tale evento influenza anche il benessere psicofisico degli operatori sanitari ponendoli a rischio di sviluppare una Sindrome da Burnout

Obiettivo: Valutazione dell'influenza del percorso assistenziale in caso di morte endouterina fetale sulla salute emotiva degli operatori sanitari.

Materiali e Metodi: Indagine osservazionale multicentrica effettuata con campionamento di convenienza. Il campione risulta formato da 110 professionisti quali Ostetriche, Medici e medici in formazione. Si sono utilizzati il questionario di Ravaldi, l'Impact of Event Scale e la Maslach Burn-out Inventory.

Risultati: Più della metà degli intervistati (60.9%) affermano di non aver ricevuto nessun tipo di preparazione se non quella post base acquisita autonomamente (54,5%). Dall'analisi dell'IES risulta che l'ostetrica sia la figura maggiormente colpita da sintomi da stress post traumatico in seguito ad assistenza in caso di MEF. Dall'analisi del MBI si nota come possa esserci una stretta correlazione tra MEF e Burnout in mancanza di una adeguata preparazione, in particolare nei medici in formazione.

Discussione e conclusione

Una formazione specifica nell'assistenza alle famiglie colpite da MEF può aiutare gli operatori sanitari nella gestione dell'evento.

Parole chiave: professionista sanitario, lutto perinatale, sindrome di Burnout, studi qualitativi, formazione

THE IMPACT OF PERINATAL LOSS ON THE HEALTH PROFESSIONALS' EMOTIONAL WELL-BEING

ABSTRACT

Introduction: Fetal endouterine death is a significant problem for perinatal mortality affecting 2.6 million families each year. This event also influences the psychophysical well-being of health workers placing them at risk of developing a Burnout Syndrome

Objective: Evaluation of the influence of the care pathway in the event of fetal endouterine death on the health professionals' emotional well-being.

Materials and Methods: Multicentric observational survey carried out with convenience sampling. The sample consists of 110 professionals such as Midwives, Doctors and Post graduated. We used Ravaldi' questionnaire, the Impact of Event Scale and the Maslach Burn-out Inventory

Results: More than half of the respondents (60.9%) say they have not received any kind of preparation other than the basic post acquired independently (54.5%). From the IES analysis it appears that the midwife is the figure most affected by post traumatic stress symptoms following assistance in case of MEF. An analysis of the MBI shows a close correlation between MEF and Burnout in the absence of adequate preparation, particularly in doctors in training.

Discussion and conclusion

Specific training in assisting families affected by MEF can help health professionals manage the event.

Keywords: health professional, perinatal loss, Burnout Syndrome, qualitative studies, training

INTRODUZIONE

La morte endouterina fetale (MEF), rappresenta un problema rilevante di mortalità perinatale¹, oltre a essere un evento emotivo devastante per la madre²⁻³. La natimortalità colpisce circa 2,6 milioni di famiglie ogni anno¹, coinvolgendo il 6-7% di tutte le gravidanze¹⁰.

La MEF è uno dei maggiori problemi che l'ostetricia moderna si trova ad affrontare e ha diverse definizioni a seconda che si basi sull'età gestazionale, o sul peso del nato morto. L'OMS⁵ definisce col termine "morte in utero" tutte le perdite che avvengono dopo la 22 settimana di gestazione. Tuttavia in ambito internazionale comunemente si tende ad utilizzare una definizione basata sul criterio del peso alla nascita superiore a 1000g o età gestazionale superiore a 28 settimane (morti in utero terzo trimestre)³.

In Italia il tasso di natimortalità varia da 2,86 a 4,7 nati morti ogni 1000⁵, con una notevole variabilità geografica (con un tasso pari a 4,7/1000 in Sicilia e 3,6/1000 in Lombardia)⁵

La morte in utero è ancora un evento sottostimato⁷, troppo spesso minimizzato in considerazione del fatto che il lutto dei genitori dopo la morte del loro bambino non è ancora legittimato o compreso né dai professionisti della salute, né dalle loro famiglie, né dalla società.⁶⁻⁷

Se non adeguatamente affrontata, questa situazione può alterare l'equilibrio affettivo e psicologico dei genitori in maniera definitiva⁶. La perdita in epoca perinatale, infatti, rappresenta un fattore di rischio psicologico e comportamentale anche per le eventuali gravidanze successive, tanto da compromettere potenzialmente lo stile di attaccamento genitoriale in termini psico-affettivi al figlio successivo⁷⁻⁸.

La morte perinatale ha un profondo impatto anche sul benessere psicofisico degli operatori sanitari⁹: i sentimenti di tristezza, incompetenza e impotenza, vengono spesso celati per proteggere la propria immagine professionale⁹.

Le strategie frequentemente utilizzate per limitare la tensione emotiva, possono limitare l'impegno assistenziale verso il paziente⁹⁻¹⁰. Inoltre vi è una preoccupazione medico legale che frena gli operatori nel mostrare empatia⁹.

Un percorso condiviso per gli operatori che si trovano di fronte tale situazione, un supporto di tipo istituzionale, spesso assente, è invece ritenuto essenziale¹⁰.

La letteratura scientifica^{9,11;29;30} mostra come l'essenzialità della formazione circa la gestione del dolore da parte del personale possa influenzare la qualità delle cure erogate, il lavoro con i colleghi e l'intera organizzazione dello stesso processo assistenziale^{9,11}.

Assistere una donna e una coppia colpita da morte perinatale può essere un'esperienza estremamente difficile e stressante per l'operatore sanitario, tanto da porre quest'ultimo a rischio di sviluppare una Sindrome da Burnout¹³. Descritta dalla psichiatra Maslach³² come una sindrome multidimensionale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale, tale sindrome è caratterizzata da tre componenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione delle prestazioni personali. Causata da una condizione di sovraccarico cronico della sfera interpersonale ed emotiva, riduce drasticamente la capacità di attendere ai propri compiti efficacemente^{29,31}.

Obiettivo della ricerca

Finalità dello studio è valutare l'aspetto emotivo del personale sanitario dedito ad assistenza in caso di MEF.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'indagine osservazionale multicentrica. Si è utilizzato un campionamento di convenienza, contattando diverse Strutture Sanitarie distribuite sul territorio nazionale italiano. Sei delle venti strutture contattate hanno aderito allo studio: A.O.U. Policlinico di Bari, l'A.O.U. di Modena, l'A.O. "G. Brotzu" di Cagliari, l'A.O. "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, l'A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara e il P.O.R. "Umberto Parini" di Aosta. È stato raccolto consenso informato tra gli operatori di dette strutture, dopo aver ottenuto l'autorizzazione a procedere con lo studio da parte delle direzioni generali e sanitarie degli istituti coinvolti. Ai professionisti che hanno aderito oltre ad essere stato spiegato lo scopo dell'indagine è stato assicurato di potersi ritirare in qualsiasi momento. Ne è risultato un campione composto da 110 professionisti sanitari: Ostetriche, Medici e Medici in formazione. Lo studio rispetta i principi della Convenzione di Helsinki.

Criteri di inclusione

- ✓ Operatori sanitari, disponibili alla partecipazione allo studio, previo consenso (ostetriche, medici e medici in formazione)
- ✓ Esperienza diretta di assistenza a MEF nell'ultimo semestre
- ✓ Perfetta comprensione della lingua italiana

Criteri di esclusione

- ✓ Operatori sanitari non disponibili alla partecipazione allo studio
- ✓ Ritiro dallo studio

Raccolta dati

I dati sono stati raccolti tramite la somministrazione, ad ogni partecipante, di uno specifico questionario elaborato da F. Ravaldi³⁵ atto a valutare la condotta e il bisogno di formazione dei professionisti sanitari nell'assistenza alle donne interessate da lutto perinatale e già adottato in un'indagine³⁵ condotta in Italia volta ad indagare i sintomi di Burnout tra gli operatori sanitari³⁵. Contemporaneamente sono state somministrate due Scale di valutazione l' Impact of Event Scale (IES)¹⁴⁻¹⁵ e la Maslach Burn-out Inventory (MBI)¹⁶

La diffusione degli strumenti d'indagine è stata possibile solo tramite le Direzioni sanitarie dei diversi presidi che hanno a loro volta provveduto ad inviarli tramite posta aziendale di ogni singolo operatore facendo confluire i dati in unico database, afferente alla piattaforma "Google Drive" e qui elaborati.

Strumenti

Il questionario elaborato da F. Ravaldi³⁵ è composto da quattro sezioni a risposta multipla, ed ha lo scopo di valutare la condotta dei professionisti sanitari nella cura delle donne interessate da un lutto perinatale e altresì il loro bisogno di formazione nella gestione dell'evento²⁸.

L'Impact of Event Scale (IES)¹⁴⁻¹⁵, composta da 15 item con punteggio variabile da 0 a 4 indaga l'esperienza vissuta considerando l'intrusione e l'evitamento come modalità di risposta ad eventi di vita stressanti. Scala ampiamente utilizzata in letteratura²⁵ (Cacciatore J, 2007) è stata già validata per la popolazione italiana (Pietrantonio F, 2003)²⁶.

La Maslach Burn-out Inventory (MBI),¹⁶ finalizzata alla valutazione del burn-out nel personale che opera nei servizi sociosanitari¹⁷. Composta da 22 item che misurano le 3 dimensioni indipendenti della Sindrome di Burn-out, ovvero esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale. Ogni item è graduato da 0 a 6. La validità di tale strumento, risulta confermata anche sulla popolazione italiana³³

RISULTATI

Lo studio vuole indagare come l'evento MEF possa influenzare la salute emotiva degli operatori sanitari ed il bisogno formativo richiesto dagli stessi al fine di garantire cure efficaci ed efficienti.

Dopo una breve descrizione sociodemografica del campione l'analisi dei risultati è stata suddivisa in sezioni. Il nostro campione (Tabella .1) risulta composto da 110 professionisti con una maggiore prevalenza del sesso femminile (93,6%). L'età media riscontrata è di $31,3 \pm 3,4$ (20-50⁺). In merito alla figura professionale quella maggiormente rappresentata è l'ostetrica (71,6%), seguita dallo specializzando (19,3%) ed infine dal medico (9,2%). In relazione all'anzianità di servizio, si riscontra, un'esigua percentuale di senior (27,3%) che ha dichiarato di lavora da più di 20 anni contro poco meno della metà dei partecipanti (45,5%) con un'esperienza lavorativa da 1-5 anni.

Tabella 1 Caratteristiche socio demografiche del campione.

TABELLA 1- CARATTERISTICHE GENERALI DEL CAMPIONE		
	N	%
SESSO		
M	15	6.4
F	85	93.6
ETÀ 31,3±3,4 (20-50+)*		
RUOLO		
Ostetrica	65	71.6
Medico	8	9.2
Specializzando	18	19.3
ANZIANITÀ		
	7,14±4,5 (1-20+)*	
1-5	50	45.5
6-10	30	27.3
11-19	19	17.3
20+	11	10

**Mean±Standard deviation (range)*

SEZIONE A

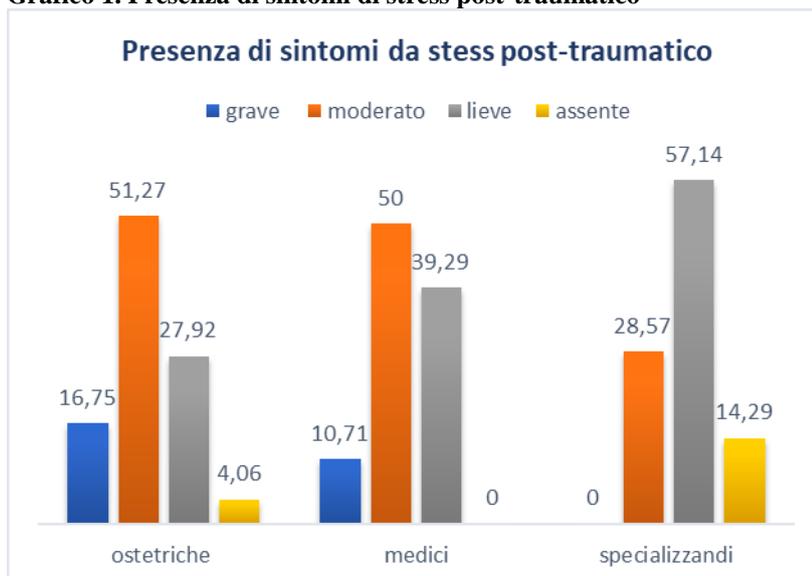
Con il questionario di F. Ravaldi³⁵ si è indagato come l'aver fatto o meno formazione influisca sulla condotta del personale sanitario, e laddove ci sia stata, si è anche chiesto come è stata acquisita. Più della metà degli intervistati (60.9%) ha dichiarato di non averne ricevuta durante l'iter universitario, al contrario, invece, molti operatori (54,5%) hanno dichiarato di aver preso parte a corsi post base in merito. La conferma dell'importanza della formazione è stata la differenza significativa tra le risposte degli operatori. Ponendo attenzione ad alcune domande somministrate (Tabella.2), infatti, si è visto come si ha una differente gestione dell'evento in tutti i suoi aspetti a seconda che si sia frequentato o meno. È palese come la condotta degli operatori formati differenzi in alcune pratiche quali, ad esempio, il riferirsi sempre al bambino con il proprio nome (46,6%), incoraggiare i genitori a vedere e toccare il bambino (66,6%), che non vengono invece attuate da chi non ha fatto formazione e che non adotta mai questo tipo di comportamento sia nel primo (62%) che nel secondo caso (40%). (Tabella.2)

Tabella 2. Influenza della formazione sul comportamento assistenziale

Tabella 2	FR. CORSI	MAI %	RARAME NTE %	SPESSO %	SEMPRE %
1 Riferirsi o meno al bambino con il proprio nome	SI	13.33	10	30	46.67
	NO	62	6	18	14
2 Raccolgo una ciocca di capelli e le impronte del bimbo da donare alla famiglia	SI	21.67	5	10	63.33
	NO	68	10	2	20
3 Dopo il parto mi occupo del corpo del bambino (lavaggio, vestizione ...)	SI	10	6.67	18.33	65
	NO	38	14	6	42
4 Incoraggio i genitori e a vedere e toccare il bambino	SI	10	5	18.33	66.67
	NO	40	12	18	30
5 Al momento della dimissione affronto con la coppia l'argomento sessualità	SI	53.33	28.33	15	3.33
	NO	56	28	14	2
6 Al momento della dimissione spiego alla donna le metodiche a disposizione per inibire la lattazione	SI	3.33	5	13.33	78.33
	NO	6	2	16	76

SEZIONE B- IMPACT OF EVENT SCALE (IES)

Con la somministrazione della Scala di valutazione (IES), si è voluto indagare la correlazione tra sintomatologia e gravità dei sintomi correlati allo stress causato dall'evento traumatico dell'assistenza ad una paziente colpita da morte in utero. Sia la sintomatologia che la gravità risultano maggiormente presenti nelle ostetriche e nei medici che nei medici in formazione. In relazione alle categorie precedentemente analizzate, la natura dei sintomi da stress post-traumatico risulta essere più grave per le ostetriche (16,75%) e i medici strutturati (10,71%) mentre, nei medici in formazione tali sintomi sono di lieve entità (57,14%). (Grafico 1.)

Grafico 1. Presenza di sintomi di stress post-traumatico


SEZIONE C – MASLACHBURN-OUT INVENTORY (MBI)

Con la Scala di valutazione (MBI) si è voluto indagare la presenza di eventuali sintomi di Burnout.

In merito alla gravità della sintomatologia, per quanto concerne il Burnout, invece, non sembra esservi una tendenza preponderante in relazione alla categoria professionale (Tabella 3).

Al contrario di quanto evidenziato nella sezione precedente si riscontra un alto tasso di Burnout appannaggio dei medici in formazione (57,14%)

	Ostetriche %	Medici %	Medici in formazione %
Alto	52.26	55.17	57.14
Medio	42.21	31.03	33.33
Basso	5.53	13.79	9.52

DISCUSSIONE

Finalità dello studio è stata valutare l'influenza della MEF sulla salute emotiva degli operatori sanitari. Dall'analisi dei nostri risultati si evince come l'assenza di una formazione specifica post-base in merito all'assistenza alla famiglia colpita da MEF, possa influenzare la salute degli operatori. Questa nostra affermazione trova forte riscontro in letteratura^{9:17-19}; nello specifico viene enfatizzato come lacune nella formazione di base abbiano un impatto significativo sui professionisti, sia personalmente che professionalmente in merito alla qualità dell'assistenza erogata¹⁷.

Dall'analisi dei dati del nostro studio risulta una maggiore partecipazione da parte della figura professionale dell'ostetrica (71,6%) con una scarsa presenza di operatori sanitari "senior" (27,3%) a favore di quelli più giovani con esperienza lavorativa da 1-5 anni (45,5%). In merito alla maggiore partecipazione della figura professionale ostetrica con anzianità di servizio >ai 5aa ritroviamo dati simili in letteratura¹⁶. In merito alla formazione del personale sanitario lo studio rispecchia quanto affermato in letteratura^{7-9;11}, ovvero una scarsità di formazione e training²²⁻²³, evidenziando come più della metà degli intervistati sostenga di non aver ricevuto nessun tipo di preparazione né universitaria (60,9%) né tanto meno aziendale e, che l'unica formazione è quella post-base fatta in modo autonomo (54,5%). A conferma di quanto appena detto, affrontare l'argomento durante gli anni di studio universitario non sembra essere sufficientemente efficace nel garantire una preparazione adeguata degli operatori^{6;10}. Per questi ultimi, inoltre, fornire assistenza ad una donna con diagnosi di MEF è risultato essere un momento di forte stress e coinvolgimento emotivo, associato ad inadeguatezza nel fronteggiare l'evento^{7;9}. A tal proposito ovunque, a livello globale^{29;30}, si sottolinea l'importanza della formazione, del supporto e della necessità di costituire strategie didattiche e metodi attivi di coping²⁹ come ad esempio il ricorso alla pratica del debriefing³⁰. Le ostetriche sembrano essere la figura professionale più intensamente colpita dalla morte perinatale, in termini psicologici, in quanto essere la figura di riferimento nella gestione del parto^{2;23}. Pur non avendo potuto eseguire statistica inferenziale sembra poter esserci una forte relazione tra evento traumatico e Burnout. Ciò, se confermato, potrebbe ulteriormente influenzare l'assistenza erogata.

Professionisti maggiormente colpiti dai sintomi da stress post-traumatico sono le ostetriche (51.27%) in quanto hanno un forte impatto psicologico legato alla gestione di tale evento²⁴ tanto essere riconosciuto come una malattia professionale^{9;23-24}.

Dall'analisi si evince che il medico (50%) e l'ostetrica (51,27%) sono coinvolti allo stesso modo da sintomi da stress post-traumatico di tipo moderato, mentre i medici in formazione risultano essere meno coinvolti(28%). Infine, per quanto concerne la presenza o meno di sintomi legati al Burnout ritroviamo un ribaltamento dei risultati, con la figura del medico in formazione maggiormente colpita (57.14%), seguiti dai medici strutturati (55.27%) e dalle ostetriche (52,26%). Situazione differente, invece, si riscontra in uno studio australiano²⁹(Mollart L., 2011) in cui, sebbene il campione fosse rappresentato esclusivamente da ostetriche (152) e quindi non completamente sovrapponibile al nostro studio in virtù delle differenti professioni arruolate, si evidenzia la presenza di elevati livelli di Burn-out in due terzi dello stesso (60,7%)²⁹, dovuta all'assenza di una formazione specifica che permetta di affrontare l'evento.

Gli operatori sanitari in Burnout possono vedere limitate le proprie capacità comunicative^{20;21}, e non essere di conseguenza in grado di assistere in maniera adeguata la famiglia colpita dal lutto²⁰⁻²¹.

Limiti della ricerca

Lo studio presenta alcune limitazioni : campionamento di convenienza e quindi non rappresentativo dell'intero territorio nazionale; difficoltà burocratiche in merito all'autorizzazione alla raccolta dati. Una scarsa conoscenza delle apparecchiature informatiche da parte del personale, soprattutto medico, ha ostacolato la somministrazione dei questionari. Oltre ciò, si è presentato anche uno scarso interesse degli intervistati alla completa compilazione del questionario e Scale somministrate. Questa refrattarietà nel gestire una tale situazione, potrebbe riflettersi anche nell'erogazione dell'assistenza che si presenta frammentaria, fatta di informazioni discordanti e contraddittorie tra di loro causando non pochi disagi alla famiglia nell'affrontare una così delicata situazione.

CONCLUSIONI

La finalità dello studio è stato valutare la gestione dell'evento MEF a livello emotivo. L'alterazione emotiva del personale può modificare l'assistenza erogata. In quest'ottica si rende necessaria la realizzazione di specifici interventi mirati, da un lato, a garantire la migliore assistenza possibile, e dall'altro a sostenere correttamente le figure professionali coinvolte^{7;11;16;21;24}.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse associati a questo studio

BIBLIOGRAFIA

1. J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazel et al. "Prevenire le morti in utero evitabili" The Lancet, 2016
2. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K, "The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study.", BJOG. 2014 Jul;121(8):1020-8. doi: 10.1111/1471-0528.12695
3. Li-Chun Liu et al., "Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy A systematic review", Taiwan J Obstet Gynecol. 2014 Jun;53(2):141-5. doi: 10.1016/j.tjog.2014
4. Diamond DJ, Diamond MO, "Parenthood after reproductive loss: How psychotherapy can help with postpartum adjustment and parent-infant attachment."; Psychotherapy (Chic). 2017 Dec;54(4):373-379. doi: 10.1037/pst0000127. Epub 2017 Oct 2.
5. Joy E Lawn, Mary Kinney, "La morte in utero - Un Executive Summary", The Lancet 2011 April
6. Ravaldi C., "La morte perinatale: il ruolo terapeutico del personale medico e paramedico nel sostegno ai familiari" Anep Italia 2016 March
7. Chen FH, Hu WY. "The impact of perinatal death on nurses and their coping strategies"; Hu Li Za Zhi. 2013 Feb;60(1):87-91. doi: 10.6224/JN.60.1.87.
8. Markin RD, Zilcha-Mano S "Cultural processes in psychotherapy for perinatal loss: Breaking the cultural taboo against perinatal grief". Psychotherapy (Chic). 2018 Mar;55(1):20-26. doi: 10.1037/pst0000122.
9. Diamond DJ, Diamond MO, "Parenthood after reproductive loss: How psychotherapy can help with postpartum adjustment and parent-infant attachment."; Psychotherapy (Chic) 2017 Dec;54(4):373-379. doi: 10.1037/pst0000127. Epub 2017 Oct 2.
10. Shorey S, André B, Lopez V, "The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review." Int J Nurs Stud. 2017 Mar; 68:25-39. doi: 10.1016/j
11. Markin RD, Zilcha-Mano S "Cultural processes in psychotherapy for perinatal loss: Breaking the cultural taboo against perinatal grief". Psychotherapy (Chic). 2018 Mar;55(1):20-26. doi: 10.1037/pst0000122.
12. Sands, "Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals", 2016 - IV edizione
13. Ravaldi C., Torrini D. et al. "Vivere il lutto nella professione assistenziale. Sequele post-traumatiche e rischio di burn-out negli operatori sanitari"- Psicobiettivo, volume XXIX, 2009
14. Horowitz et al. "Revised Impact of Event Scale- IES", 1979
15. Christianson S, Marren J "The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)" Medsurg Nurs. 2012 Sep-Oct;21(5):321-2
16. R.RegoLinsFumis et al. "Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers" 2017 Jun 21. doi:10.1186/s13613-017-0293-2
17. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K - "The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study"- BJOG. 2014 Jul;121(8):1020-8. doi: 10.1111/1471-0528.12695. Epub 2014 Mar

18. Prentice TM, Gillam L. et al. "The use and misuse of moral distress in neonatology."- *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018 Feb;23(1):39-43.doi: 0.1016/j.siny.2017.09.007. Epub 2017 Sep 28.
19. Heazell AE, McLaughlin MJ. et al. "A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth". - *BJOG.* 2012 Jul;119(8):987-97. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x. Epub 2012 May 16
20. Kelley MC, Trinidad SB - "Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis" - *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012 Nov 27;12:137. doi: 10.1186/1471-2393-12-137
21. Peters MD, Lisy K et al. "Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers." - *Women Birth.* 2015 Dec;28(4):272-8. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.003. Epub 2015 Aug
22. Doherty J, Cullen S, Casey B. "Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives". *Midwifery.* 2018 Nov;66:1-9. doi: 10.1016/j.midw.2018.06.026. Epub 2018 Jul
23. Patricia Willis. "Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss "MCN, *The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 44(1):46–51, JAN 2019 DOI: 10.1097/NMC.0000000000000490
24. Leinweber J, Creedy DK, Rowe H, Gamble J, "Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives.", *Women Birth.* 2017 Feb;30(1):40-45. doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.006. Epub 2016 Jul 15.
25. Cacciatore J. " Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth." *Omega (Westport).* 2007;55(1):71-90
26. Perez MN1, Sharkey CM1, Tackett AP. "Post traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A mediation model." *Pediatr Hematol Oncol.* 2018 .May;35(4):231-244. doi: 10.1080/08880018.2018.1524954. Epub 2018 Nov 5.
27. Chen L, Liu J, Yang H et al." Work-family conflict and job burn-out among Chinese doctors: the mediating role of coping styles". *Gen Psychiatr.* 2018 Aug 21;31(1):e000004. doi: 10.1136/gpsych-2018-000004. eCollection 2018.
28. *Midwifery.* 2018 Sep;64:53-59. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.008. Epub 2018 Jun 7.Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?Ravaldi C1, Levi M2, Angeli E3, Romeo G2, Biffino M2, Bonaiuti R4, Vannacci A5.
29. L. Mollart, V.M. Skinner, C.Newing et al. "Factors that may influence midwives work-related stress and burn-out", 2011 *Women and Birth* 26,26-32
30. Willis P. "Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss". *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019 Jan/Feb;44(1):46-51. doi: 10.1097/NMC.0000000000000490.
31. Thalhammer M1, Paulitsch K. [Burnout: a useful diagnosis?]. *Neuropsychiatr.* 2014;28(3):151-9. doi: 10.1007/s40211-014-0106-x. Epub 2014 May 20.
32. Maslach C., Leiter M.P., (1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it.* Jossey-Bass, San Francisco (tr. it.: *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturati della motivazione al lavoro.* Erickson, Trento, 2000
33. Sirigatti, S., & Stefanile, C. (1993). *Adattamento e taratura per l'Italia.* In C. Maslach & S. Jackson, MBI *Maslach Burnout Inventory. Manuale.* (pp. 33-42). Firenze: Organizzazioni Speciali
34. Pietrantonio F., De Gennaro L. , Di Paolo MC, Solano L. "The Impact of Event Scale: validation of an Italian version". *J Psychosom Res.* 2003 Oct;55(4):389-
35. CiaoLapo ONLUS – BLOSSoM- Burnout after perinatal LOSS in Midwifery – Disponibile a : <https://www.surveymonkey.com/r/ciaolapo-blossom>. Ultimo accesso 06 maggio 2019
36. Willis P., "Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss". *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2019 Jan/Feb;44(1):46-51.doi: 10.1097/NMC.0000000000000490.
37. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C et al., "Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective.". *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011 Nov-Dec;19(6):1405-12.