

L'esperienza di maternità.

Inchiesta su gestanti e puerpere presso l'Ospedale di Cantù (CO)

Parole chiave: *birth, confinement, coping, emotion, gestation, hospital, maternity, nursing, organization, pregnancy, prophylaxis, rooming-in, stress, suckling (PsycLIT Database della American Psychological Assn.)*

Riassunto:

L'evoluzione della specie umana ha lasciato irrisolto il cosiddetto "dilemma ostetrico", che viene da sempre affrontato in modo peculiare e culturalmente determinato. Non esiste una concezione univoca sul parto, che la scienza affida alla branca ostetrica della medicina. Tra i problemi che ne derivano, quello dell'autonomia generativa è un campo elettivo di incontro tra cultura medica e psicologica. Uno dei principali contributi psicologici è stata la comprensione del linguaggio simbolico della gestante.

La lettura allargata ai rapporti con gli operatori sanitari ha evidenziato le tematiche di ruolo, riguardanti anche l'istituzione ospedaliera. I vissuti emotivi, non riducibili alle sole dinamiche inconsce, risultano legati a quelle cosce e cognitive per generare il temutissimo dolore del parto. Il dilemma ostetrico diventa quindi psicologico nel proporre il problema del rapporto tra la singolarità dell'individuo e l'evento-parto. Il moderno ruolo conscio della donna la spinge a preparare ed affrontare il parto come un evento di cui può essere più o meno protagonista. Le aspettative però vanno vissute in modo realistico, cercando l'identità personale prima di quella di ruolo, sia da parte della gestante che degli operatori sanitari. L'ospedale deve ottemperare alle esigenze di sicurezza e umanizzazione: la prassi, il controllo di qualità e la comunicazione devono garantire una transazione reciproca e continua, in funzione del grande scopo superordinato comune, ovvero la qualità dell'esperienza di parto. Il questionario è lo strumento più usato per controllare la qualità del vissuto in ogni momento della gravidanza.

La presente ricerca ha come oggetto l'esperienza di maternità vissuta presso una singola divisione ostetrico-ginecologica. Attraverso due questionari, uno distribuito alle gestanti del corso di preparazione al parto ed uno a tutte le puerpere, sono state indagate tre tipologie di variabili: socio-anagrafiche, psicologiche e di "gradimento".

I risultati confermano

Indice

Parte I^a "L'esperienza di maternità dalla gestazione al puerperio"

Cap. 1° "Evoluzione, culture e 'naturalità' del parto"

- 1.1) *Il dilemma ostetrico*
- 1.2) *Le "culture" del parto*
- 1.3) *La relazione ambivalente tra cultura psicologica e medica*

Cap. 2° "L'elaborazione delle emozioni"

- 2.1) *Il contributo della chiave di lettura psicoanalitica*
- 2.2) *Il vissuto soggettivo*
- 2.3) *Il dolore nel parto*

Cap. 3° "Problemi, aspettative ed esigenze"

- 3.1) *L'esperienza esclusiva*
- 3.2) *Quando la donna diventa "puerpera"*
 - 3.2.1) *Esempio di ricerca in fase di puerperio*
- 3.3) *La transizione alla genitorialità*

Cap. 4° "L'istituzione ospedaliera"

- 4.1) *Contemperare sicurezza e umanizzazione*
- 4.2) *Il servizio di "rooming-in"*
 - 4.2.1) *Esempio di inchiesta sul "rooming-in" (I)*
- 4.3) *Comunicazione ed efficienza in ospedale*

Cap. 5° "La tecnica d'indagine più utilizzata: il questionario"

- 5.1) *Gravidanza e parto*
 - 5.1.1) *Indagine su maternità e gravidanza nella nazione italiana*
 - 5.1.2) *Indagine sull'umanizzazione del parto intraospedaliero*
- 5.2) *Il postparto*
 - 5.2.1) *Utilità della preparazione alla nascita nel postparto*
 - 5.2.2) *Esempio di inchiesta sul "rooming-in" (II)*
- 5.3) *La relazione tra le aspettative ed il vissuto del parto*

Parte II^a "La ricerca di Cantù"

Cap. 6° "L'inchiesta nella fase pre-partuale"

- 6.1) *Il metodo e i soggetti*
- 6.2) *Lo strumento*
 - 6.2.1) *La prima sezione (domande 01-19)*
 - 6.2.2) *La seconda sezione (domanda 20)*
 - 6.2.3) *La terza sezione (domanda 21)*
- 6.3) *Ipotesi e risultati*
 - 6.3.1) *I due modelli antitetici dell'identità sociale*
 - 6.3.2) *Componente affettiva e componente anticipativa dell'ansia*
 - 6.3.3) *Relazione tra modelli d'identità e ansietà in gestazione*
 - 6.3.4) *Considerazioni conclusive sul "Questionario per gestanti"*

Cap. 7° "L'inchiesta nella fase post partum"

- 7.1) *Il metodo e i soggetti*
- 7.2) *Lo strumento*

- 7.2.1) *Giudizio sulla gravidanza*
- 7.2.2) *Aiuto in gravidanza*
- 7.2.3) *Fattori importanti nell'esperienza di parto*
- 7.2.4) *I problemi nel post partum*
- 7.2.5) *Indici di soddisfazione*
- 7.2.6) *Gli items sul "rooming-in"*
- 7.3) *Risultati, ipotesi e verifiche*
 - 7.3.1) *Varie statistiche descrittive*
 - 7.3.2) *Gravidanza programmata e partecipazione al corso pre partum*
 - 7.3.3) *Grado di soddisfazione e tipo di parto*
 - 7.3.4) *Il "rooming-in"*
 - 7.3.5) *I perché della partecipazione o non ai corsi pre partum*
 - 7.3.6) *L'allattamento*

Cap. 8° "Confronto tra pre e post partum"

- 8.1) *Introduzione*
- 8.2) *Ipotesi e verifiche*
 - 8.2.1) *Effetti di una maggiore o minore soddisfazione lavorativa*
 - 8.2.2) *Implicazioni di un congedo lavorativo precoce*
 - 8.2.3) *Il vissuto della maternità "programmata"*
 - 8.2.4) *Modelli di identità ed esperienza di parto*
 - 8.2.5) *Conseguenze del livello di ansietà pre partum*
- 8.3) *Confronto tra gruppi di puerpere*
 - 8.3.1) *Fattori di aiuto in gravidanza*
 - 8.3.2) *Fattori attribuzionali dell'esperienza di parto*
 - 8.3.3) *Fattori relativi ai problemi post partum*
 - 8.3.4) *I fattori di "soddisfazione" delle puerpere*
- 8.4) *Considerazioni conclusive*

Bibliografia

Parte I^a "L'esperienza di maternità dalla gestazione al puerperio"

Cap. 1° "Evoluzione, culture e 'naturalità' del parto"

1.1) Il dilemma ostetrico

La selezione naturale è un principio che, teso al miglioramento, trova nell'imperfezione e nell'adattabilità la propria risorsa. Sull'essere umano l'evoluzione culturale ha però superato la selezione naturale, e ha agito con la grande velocità prevista dal modello lamarckista (Luria et al., 1981).

Affrontiamo il discorso sulla maternità partendo dal cosiddetto "dilemma ostetrico": il rapporto non ottimale tra le dimensioni del bacino materno e quelle della testa del bambino, al momento del parto (Rellini e O. Ferraris, 1991). L'evoluzione fisica e cerebrale della nostra specie ha complicato non poco la gestazione ed il parto. La capacità del cervello di riorganizzare se stesso ha poi selezionato individui sempre più abili culturalmente. La riduzione della pressione selettiva sul genoma ha condotto al linguaggio (Chiarelli, 1989), capace di comunicare e tramandare nozioni. Come conseguenza, il dilemma ostetrico appare sostanzialmente irrisolto dal punto di vista evoluzionistico perché l'essere umano, con l'intelligenza, ha imparato a sopperire ai propri limiti ed adattarsi alle situazioni. Così il patrimonio intergenerazionale di conoscenze, comprese quelle sul parto, è stato trasmesso intriso dei valori caratteristici di ciascun popolo.

La drammaticità dell'esperienza di parto ha imposto per millenni tassi di mortalità enormi a madri e figli, e le comunità di individui hanno spesso cercato spiegazioni trascendenti. Solo verso la fine del XIV° sec. la cultura occidentale ha superato la concezione "naturalistica" del parto: l'impotenza umana, conseguenza del peccato originale, ha ceduto il passo alla preoccupazione per la salute della donna. La priorità non è più la continuazione della specie ma l'integrità dell'individuo (Rellini, 1992). Dopo la metà del '600, nella Francia settentrionale, è nata l'ostetricia come scienza e pratica medica (essenzialmente di competenza maschile), mentre la quasi totalità delle nascite rimase, fino al XVIII° sec., nelle mani delle levatrici o "mammane".

I primi grandi successi della medicina risalgono alla seconda metà del XIX° sec., con la sconfitta della febbre puerperale e con alcune pratiche tra cui il taglio cesareo e l'anestesia. Solo dagli anni '50 del XX° sec., nei paesi industrializzati, la nascita è diventata un fatto ospedaliero.

1.2) Le "culture" del parto

Gli studi antropologici, su popolazioni diverse dalla nostra, delineano la "nascita" come evento biologico, psicologico e sociale. Nello Yucatan, ad esempio, le donne sono abituate a partorire nei propri villaggi, inginocchiate al suolo, insieme al marito, alle madri ed alla levatrice, nella tradizione degli

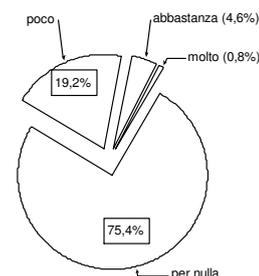
sciamani (Jordan, 1989). In Italia è consuetudine diffusa partorire in ospedale, con l'assistenza delle ostetriche. L'Olanda invece è all'avanguardia nella possibilità socialmente assistita del parto a casa, almeno quando la situazione si presenta senza problemi; la percentuale di cesarei è tra le più basse al mondo (10%).

Il dato antropologico più interessante è che ciascun paese propone una propria concezione del parto, quindi potremmo definire "parto naturale" quello che meglio corrisponde al contesto (sociale, ambientale, culturale). Nello Yucatan infatti la rinuncia a recarsi presso un centro medico dipende dalle credenze in merito ad un'entità soprannaturale, che impone di non "contaminare" lo spirito del nascituro esponendolo a degli estranei. E' ipotizzabile che la mamma italiana vada

Fig.1

Tab.1 -Mi sentirei più tranquilla se potessi partorire a casa mia

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Validi per nulla	98	75,4	75,4
poco	25	19,2	94,6
abbastanza	6	4,6	99,2
molto	1	,8	100,0
Totale	130	100,0	



in ospedale per lo stesso motivo per cui la mamma dello Yucatan sta nella sua tenda, ovvero per "sentirsi sicura". A sostegno di tale ipotesi, il 93,6% del campione di puerpere della mia ricerca dichiara che avrebbe comunque partorito in ospedale. A questo si aggiunga la distribuzione delle risposte date ad un item somministrato al campione di gestanti (Tab.1 e Fig.1)

Si può ipotizzare che la qualità oggettiva del parto sia una condizione necessaria ma non sufficiente: essa va supportata da una qualità "percepita", quindi psicologicamente rilevante.

In relazione ai cosiddetti "rituali sociali del parto", è importante la posizione della partoriente (Rellini e O. Ferraris, 1991). A grandi linee si distinguono:

- parto solitario: tipico di alcune società africane; la donna partorisce accovacciata ed è in balia degli eventi: in compenso viene paragonata in coraggio al guerriero
- parto sociale: pratica molto più diffusa; la posizione può essere in ginocchio, accovacciata-e-sostenuta, seduta, in piedi; si tratta di posizioni che si prestano all'aiuto
- parto in posizione litotomica: inventato dai medici francesi del XVII° secolo per avere la massima accessibilità alle pratiche ostetriche di trazione del feto.

Quest'ultima posizione, benché non priva di svantaggi, è quella che ha scandito la storia dell'ostetricia moderna. Solo nel 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha invitato i medici a riconsiderarla, a ridurre gli interventismi inutili, ad

incoraggiare il movimento della donna e la scelta libera delle posizioni da assumere durante il travaglio. Il giudizio espresso dalle puerpere di Cantù è confortante in tal senso: 25% "abbastanza" soddisfatte e 67% "molto" soddisfatte.

Al parto in ospedale sono imputati alcuni svantaggi (Rellini, 1992):

- a) nel caso di parto fisiologico, ci sarebbe comunque una rinuncia all'autonoma capacità generativa
- b) "ospedalizzare" provocherebbe un isolamento psicologico ed affettivo della donna dal suo ambiente; a conferma di tale fenomeno, tra i giudizi di "soddisfazione" espressi dalle puerpere esaminate, lo "spazio concesso ai familiari" si colloca al terzultimo posto (seppure ci sia un'ampia libertà)
- c) sarebbe sacrificata l'interazione precoce madre-bambino; su questo punto il contributo della psicologia ha condotto all'introduzione di pratiche come il *rooming-in* (vedi 4.2).

In generale sembra che l'ospedale privi il processo generativo dei fattori fisiologici, istintivi ed emotivi, in funzione del controllo medico. Da molti anni si parla infatti di "demedicalizzazione razionale" (Odent, 1976) del parto.

1.3) La relazione ambivalente tra cultura psicologica e medica

La complessità dell'assistenza ostetrica richiede attenzione al contesto ed al significato dell'evento, così centrale nella vita delle persone. Si tratta di un campo di incontro elettivo dell'area medica e di quella psicologica, che però tradizionalmente espone a sovrapposizioni di competenza e di potere tra le figure professionali (Capello e Gagliardi, 1993). Sembra addirittura che all'ambiente ospedaliero sia da attribuire un forte potenziale nel generare conflitti (Elfant, 1985).

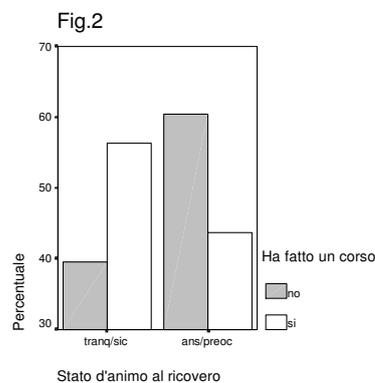
La ricerca psicologica sulla maternità è stata condotta prevalentemente in ottica psicoanalitica, e per arginare le conseguenze negative della cosiddetta "medicalizzazione" è sorta una disciplina denominata "psico-profilassi ostetrica" (P.P.O.). Si tratta di una via metodologica e concettuale per migliorare l'approccio della donna al parto (Russo et al., 1992). L'idea di fondo consiste in un supporto psicologico-sociale, che tenti di sostituire i secolari meccanismi di trasmissione della conoscenza, per offrire la sicurezza soggettiva. La PPO

Tab.2

Conteggio

		Stato d'animo al ricovero		Totale
		tranquillità/sicurezza	ansia/preoccupazione	
Ha partecipato ad un corso ?	no	39,6%	60,4%	51,5%
	si	56,3%	43,7%	48,5%
Totale		n=124	n=136	n=260

(chi quadro=7,344; df=1; sig.=,007)



vorrebbe quindi essere il luogo della sinergia tra un'impostazione di tipo medico ed una di tipo psicologico, che sfoci in una cultura della "genitorialità" (Capello e Gagliardi, 1993). La vera utilità della PPO, secondo i suoi sostenitori, passa attraverso una *équipe*

multidisciplinare, ove ginecologi ed ostetriche, psicologi e pediatri, anestesisti ed assistenti sociali, possano comunicare tra loro e con le donne.

I dati che ho raccolto, esposti più avanti (vedi parte II^a), offrono una conferma dell'ipotesi che aver partecipato ad un corso di preparazione al parto (definizione generica, in quanto ce ne sono diversi) coincida con una minore ansia al ricovero (Tab.2).

Cap. 2° "L'elaborazione delle emozioni"

2.1) Il contributo della chiave di lettura psicoanalitica

I mesi della gestazione servono al feto per formarsi ed alla madre per fare in conti con se stessa. La donna appare regredire sia per la rielaborazione del proprio ruolo di figlia, sia per trovare empatia col feto, manifestando una certa introversione. E' una "palestra" emotiva che richiede un buon esame di realtà, altrimenti si rischia di scivolare in un quadro psicopatologico di compiacimento narcisistico (Zanelli Quarantini, 1988). Lo stato regressivo sarebbe dimostrato dalle coincidenze fra i tracciati R.E.M. della madre e del bambino, nel periodo tra il settimo mese di gestazione e le prime due settimane *post partum* (Miraglia, 1986).

1° trimestre: in genere è più forte la manifestazione psicosomatica di sensazioni e fantasie, ma se l'elaborazione è corretta, nei mesi successivi i disturbi tendono a scomparire. I conflitti e le angosce possono manifestarsi in forme lievi o forti: è ipotizzato che ci sia un "linguaggio psico-somatico", un vero e proprio codice materno trasmesso culturalmente (Franzoni e Jacobone, 1977). E' stata dimostrata una significativa correlazione tra eventi stressanti, indesiderabili, incontrollabili, e l'aborto spontaneo psicogeno (Santonastaso *et al.*, 1983): le cause vengono ricercate nelle dinamiche ritentive ed espulsive vissute a livello orale (ad esempio nausea, vomito, preferenze alimentari, etc.).

2° trimestre: i primi movimenti intrauterini rendono "reale" il feto, e finisce la totale simbiosi iniziale. La madre comincia a "parlare" col bambino, distinguendo "tu" ed "io". L'ecografia contribuisce sia a questa sensazione di entità fisica del feto, sia alle fantasie materne ambivalenti (positive e negative). Secondo qualche autore l'esperienza ecografica non sarebbe priva di rischi psicologici: in alcuni soggetti potrebbe bloccare la corretta dialettica tra fantasia e realtà (Benvenuti *et al.*, 1988), se non addirittura aumentare l'angoscia eventuale (Stewart, 1986). I dati della mia inchiesta rilevano un 6% di gestanti per cui l'ecografo è "abbastanza" preoccupante (in un caso "molto").

Viene ipotizzato un conflitto paranoideo tra madre e feto, perché il loro legame mette a rischio entrambi. L'instaurarsi di un rapporto armonioso impone di spostare all'esterno le sensazioni negative: questa "bonifica" passa di norma per il padre del bambino, che funge da contenitore dell'ansia persecutoria e depressiva (ecco perché è bene che sia presente in sala parto).

3° trimestre: diventa rilevante il problema del distacco, ed emergono varie paure ad esso legate. Al momento decisivo le paure vengono equilibrate dalla spinta creativa, ma il crescendo del travaglio può ricostituire una situazione regressiva e molto ansiogena. E' necessario evitare l'angoscia di frammentazione (cioè della separazione del duo in simbiosi) con un sostegno attivo, partecipe, informato. La donna non deve identificarsi con il bambino che sta partorendo, va aiutata a tenere "sveglia" l'identità adulta. L'angoscia persecutoria caratterizzerebbe la fase dilatante, generando una minore attenzione al bambino ed una sorta di egoismo centrato sul proprio dolore; l'angoscia

depressiva viene imputata invece alla fase espulsiva, perché la donna teme di danneggiare il bambino con le contrazioni. Le due angosce sono fatte risalire alle prime relazioni oggettuali, ovvero all'esperienza affettiva con la propria madre.

Per migliorare il benessere della donna in gravidanza, travaglio e parto, una soluzione di chiara derivazione psicoanalitica è l'ipnosi, ed in particolare la tecnica ipnoreflessogena (Werner et al., 1982), cui è attribuita la capacità di neutralizzare la paura, sedare il dolore, prevenire danni per il neonato ed il rischio di depressione postpartuale nella madre.

2.2) Il vissuto soggettivo

Alla base della vita psicologica umana c'è un'angoscia esistenziale, legata a qualsiasi evento cruciale, che non può essere eliminata e che va assecondata nel suo giusto spazio.

In gravidanza si distinguono (Revault D'Allones, 1988):

- paure reali: bambino anormale, ammalato, morto, prematuro, etc
- paure fantasmatiche: senso di estraneità, paura del distacco
- paure interne: legate al Super-io ed alle pulsioni

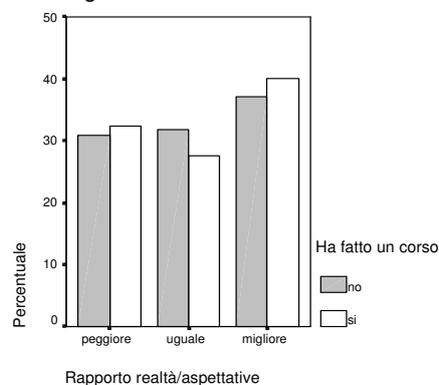
Solamente alle prime la tecnologia medica spesso sa rispondere. Parte dell'esperienza del dolore può essere interpretata come una soluzione inconscia per affrontare alcune paure: il meccanismo consiste nell'oggettivare una sofferenza che altrimenti "verrebbe dal nulla". Il dolore si configura quindi come scappatoia psicosomatica dell'angoscia (Battagliarin, 1995). Se la donna giunge al parto con un'angoscia forte, può succedere che la personalità si destrutturi di fronte alle pulsioni

Tab.3

Conteggio		Ha partecipato ad un corso ?		Totale
		no	si	
Rapporto realtà/aspettative	peggiore	31%	32,4%	31,7%
	uguale	31,9%	27,6%	29,8%
	migliore	37,2%	40%	38,5%
Totale		n=113	n=105	n=218

(chi quadro=,475; df=2; sig.=,788)

Fig.3



contrapposte, le quali si giocano in una contemporanea identificazione:

- in verticale col nascituro (la donna è a sua volta figlia)
- in orizzontale con la propria madre (in quanto partoriente)

Le identificazioni possono riguardare anche altre persone, come l'ostetrica o il marito.

Le vie d'uscita dall'angoscia tendono ad essere le seguenti:

- a) Il "dramma": sfoghi e grida, ovvero il vissuto dell'evento in termini assoluti e tremendi
- b) La "neutralizzazione": l'anestesia è in grado di chiudere il tutto tra parentesi, nella più indolore delle soluzioni
- c) Il "controllo": il padroneggiamento del proprio corpo e delle dinamiche emotive; se riesce è la via più gratificante.

Dopo il parto, nella fase di puerperio (*vedi* 3.2), la donna si trova immersa nell'antitesi tra regressione e maturazione, una sorta di "gravidanza extrauterina".

L'allattamento è considerato come un test di disponibilità materna, ma mette alla prova anche l'istituzione ospedaliera nella sua capacità di assistere la neo-mamma (in particolare se primipara). E' necessario che la donna si cali appieno nella realtà di madre e risponda alla dipendenza anaclitica del suo bambino. Tutto questo richiede energia fisica ma soprattutto psichica.

La natura somatica, vegetativa e psichica dell'emozione spiega come questa possa condurre ad una riduzione del controllo di sé, ad una astrazione dal contesto, alla difficoltà di articolazione logica, alla ridotta capacità di metodo e di critica.

La psicologia sociale ha dimostrato il ruolo della mediazione corticale nella determinazione del vissuto emotivo, che può quindi essere letto come segnale della qualità relazionale organismo-ambiente. Si può ipotizzare che, per quanto ricca e complessa sia l'immagine che gli individui costruiscono di sé, alcuni aspetti derivino dall'appartenenza a certi gruppi o categorie. La definizione, in gravidanza, di una propria "identità sociale" può attraversare tre momenti:

1) con la consapevolezza del concepimento la donna "entra" in una categoria sociale peculiare; 2) tale condizione consente che si apprendano o si acquisiscano una serie di norme stereotipiche, che ad essa sono associate nella propria cultura; 3) tali norme sono fatte proprie data l'importanza di tale appartenenza.

E' su queste basi che il vissuto emotivo soggettivo viene indagato in ottica culturale e psico-sociale.

2.3) *Il dolore nel parto*

Le influenze cognitivo-sociali giocano un ruolo importante nella componente emotiva del dolore attraverso fattori come: convinzioni, credenze, racconti, senso di adeguatezza, etc. L'ospedale stesso sembra inoltre connotato da una valenza di "luogo della sofferenza". E' quindi ipotizzabile che si determini un'emozionalità di tipo protocritico (diffusa e poco identificabile) ad elevato potenziale destrutturante per la donna. Quale compito centrale della PPO, una corretta elaborazione può condurre ad un'emozionalità di tipo epicritico (circostritta ed identificata). Il dolore viene combattuto anche sul fronte della socializzazione dell'ansia, ed in questo senso l'impostazione psicoprofilattica di gruppo si è rivelata vincente (Codispoti Battacchi, 1985).

E' però ipotizzabile che la PPO perda valore quando i suoi contenuti si trovassero in antitesi con quella che poi è l'esperienza vera di travaglio e parto, in quanto si può instaurare una dissonanza cognitiva molto disagevole. Ho raggruppato le risposte del campione in esame, concernenti il vissuto del rapporto tra aspettative e realtà del parto, in funzione dell'aver partecipato o meno ad un corso (Tab.3)

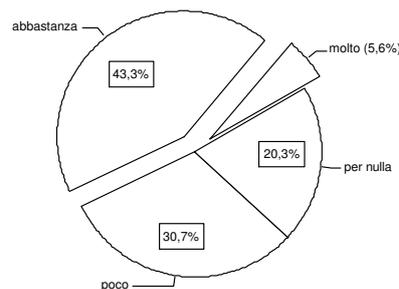
Questi dati, che evidenziano una omogeneità di risposte tra i due gruppi (confermata dal χ^2 non significativo), a mio avviso sollevano qualche dubbio sulla efficacia dei corsi riguardo alla assunzione di consapevolezza; sarebbe infatti lecito attendersi delle aspettative più realistiche da parte di chi ha partecipato. In tema di sofferenza nel parto va ricordato il cosiddetto "ciclo vizioso" di Read (Orlandini, 1988):

- la paura genera tensione neuromuscolare la quale provoca dolore, che accresce la paura in un sistema autorinforzante. La PPO può arginare questo fenomeno a patto che si possano individuare i "soggetti a rischio", costruendo da lontano un rapporto tra gestante ed operatore (Battagliarin, 1995). Questo punto sottolinea quel che di positivo ha dalla sua la mamma in Yucatan: ella cresce con le sicurezze di cui ha bisogno, ed al momento del parto viene assistita da qualcuno in cui crede, che conosce, che la capisce. Da noi invece il rapporto gestante-struttura può risultare, fin dai termini stessi, deindividualizzante. Riguardo alla funzione del dolore, la psicoanalisi vede in esso la sublimazione della componente negativa dell'ambivalenza materna verso il figlio. L'etica della psicoprofilassi giudica infatti

Tab.4 - Aiuto ricevuto in gravidanza da manuali / riviste

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida
Validi	per nulla	47	17,4	20,3
	poco	71	26,3	30,7
	abbastanza	100	37,0	43,3
	molto	13	4,8	5,6
	Totale	231	85,6	100,0
Mancanti	MV	39	14,4	
Totale		270	100,0	

Fig.4



negativamente l'anestesia, per almeno due motivi:

- il primo, suggerito dall'esperienza (Miraglia, 1995), tiene in considerazione quelle donne che, in occasione di gravidanze successive alla prima, vogliono partorire in pienezza di coscienza e sensibilità, a dispetto dell'inevitabile dolore
- il secondo, suggerito dalla psicologia, rifiuta l'anestesia quando con essa la donna fugge dalla paura e, lungi dal vincere le ansie, capitola privandosi di emozioni irripetibili.

A mio avviso l'argomento psicologico secondo cui "partorire con dolore" serva a sublimare l'esperienza ed a sentire il bambino più proprio, è affascinante ma non è scientificamente dimostrato: l'analisi della letteratura in materia dimostra che chi ha battuto tali strade non è approdato a risultati (ad es. Bradley *et al.*, 1983). Non è infatti provato che i figli di taglio cesareo siano meno amati oppure svantaggiati.

La ricerca di ipotesi alternative porta ad allargare il contesto socioculturale dell'evento-nascita. Una cultura è tale quando costruisce un sistema di valori coerente e fornisce modelli di

identificazione definiti e riconoscibili (Siri, 1995). Attualmente ci troviamo in una fase in cui l'identità sociale delle persone è in balia di due modelli antitetici (Capello, 1997):

- uno "romantico" di sentimento, volontà, valore morale ed eroismo, detto anche "Codice del Sé"; esso è femminile, passivizzante, fondato su un'etica del sacrificio
- uno "performativo" di efficienza, potere, successo tecnologico, detto anche "Codice dell'Io"; esso è maschile, attivante, fondato sull'etica dell'autonomia e della competenza.

Il moderno ruolo della donna è esemplare nell'evidenziare questa dicotomia: deve essere femminile, materna e naturale, però al contempo razionale, programmatrice, professionale.

Il dilemma, che non è quello famoso "ostetrico", ma che finisce col diventarlo, è questo: quale donna incontriamo in sala parto? Quella romantica-sacrificale, o quella moderna-efficientista?

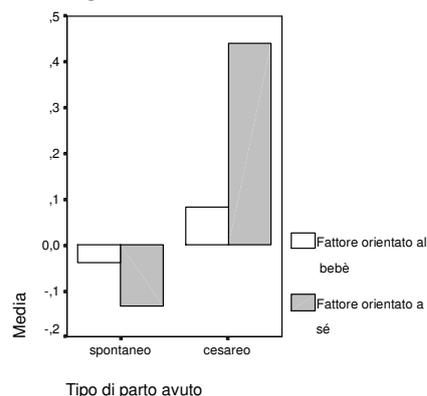
La risposta, che non può essere solo dicotomica, si dovrebbe muovere su un piano bidimensionale, generalistico e culturale da un lato, individualistico e personologico dall'altro. La strada ideale appare quella del "recupero della bipolarità" (Capello, 1997), ovvero rispondere alle esigenze sia in funzione del contesto che dell'individuo. Con la ricerca condotta a Cantù ho trovato una conferma dell'esistenza dei due modelli (vedi 6.3.1). La demedicalizzazione del parto dovrebbe quindi consistere in un'approccio che sia moderno e tecnicistico, ma che contemperì la modulazione in chiave psico-sociale, senza guardare alla partoriente come fosse un'entità fuori dallo spazio e dal tempo.

Tab.5

	Tipo di parto avuto	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Problemi orientati al bebè	spontaneo	195	-3,81E-02	1,2248	8,771E-02
	cesareo	62	8,365E-02	,7566	9,609E-02
Problemi orientati a sé	spontaneo	195	-,1342	1,1308	8,098E-02
	cesareo	62	,4416	1,0202	,1296

Problemi orientati al bebè: $t=-,739$; $df=255$; $sig.=,461$
 Problemi orientati a sé: $t=-3,573$; $df=255$; $sig.=,000$

Fig.5



Cap. 3° "Problemi, aspettative ed esigenze"

3.1) *L'esperienza esclusiva*

Il parto è oggi eccessivamente idealizzato quale prova, tappa biografica da affrontare con grande preparazione e responsabilità della gestante (Rose, 1994). La donna oggi può scegliere, non è in balia del destino e degli eventi, quindi l'esperienza cui va incontro dipende nella sua qualità anche da se stessa. La cultura dell'autodeterminazione consente alla donna di usare il proprio consenso subordinando l'autorità medica. La responsabilità ha però un suo peso: se la qualità del parto dipende dalla donna in prima persona, l'evento fisiologico si carica di contenuto simbolico e finisce col diventare una prova iniziatica, una dimostrazione di forza. Il fatto rilevante è che questo processo implica la competenza della partoriente.

Sul tema della nascita da tempo si producono pubblicazioni di tutti i generi, che in parte compensano il venir meno del tradizionale sapere intergenerazionale, ed in parte soddisfano l'esigenza di conoscenze tecniche. A tal proposito, il giudizio che il campione di puerpere ha fornito, in merito all'aiuto ricevuto da manuali e riviste, è alquanto indicativo del loro "peso" (Tab.4)

I dati stratificati dicono che legge di più il soggetto con istruzione superiore e la primipara.

Si assiste alla creazione di un nuovo ruolo, che precede quello di madre: l'essere gestante. Siamo all'estremo opposto della vecchia medicalizzazione, ovvero alla personalizzazione del parto. La conseguenza psicodinamica è l'aumento dell'interesse tecnicistico della donna (specie se primipara), la quale si accosta alla psicoprofilassi con un impegno notevole. Purtroppo le tecniche di rilassamento e respirazione sono spesso più difficili del previsto, e si manifesta la contraddizione di un parto che, per essere "naturale", necessita di un rigoroso addestramento. L'etica della PPO tende a sfavorire l'assunzione di antidolorifici proprio in nome della travolgente "esperienza esclusiva". Il problema insorge quando le aspettative vengono meno:

- perdita di controllo di fronte al dolore
- incapacità di eseguire le manovre apprese
- complicazioni allo svolgimento naturale del parto

Gli inconvenienti rischiano di trasformare la "prova di maturità" in una sconfitta bruciante. Il vero pericolo psicologico in agguato non sarebbe quindi nel crollo dell'Io durante il travaglio, ma nella potenziale colpevolizzazione, nel fallimento personale successivo al parto. E' possibile che la scelta autonoma tra alternative richieda abilità cognitive, capacità di apprendimento, competenze relazionali e sociali, autostima, immagine di sé ed integrità dell'Io, che non tutte le persone possiedono. Credo che sia necessario interpretare i veri bisogni delle donne e farvi fronte in modo non colpevolizzante.

3.2) Quando la donna diventa "puerpera"

Il puerperio è uno stadio fragile della gravidanza. La donna è esposta talvolta a stati depressivi, ma deve completare il suo ingresso nel ruolo materno, e l'allattamento è al centro di questa situazione. I ricercatori in genere non hanno difficoltà ad osservare, intervistare, studiare i soggetti in questo periodo, perché si tratta di una fase di relativa "solitudine"; l'interessamento di qualcuno può persino fungere da appoggio compensatorio (Berrini e Carati, 1983). Le principali preoccupazioni espresse nella fase di puerperio sono le seguenti:

- richiesta di rassicurazioni sulla salute propria e del bambino
- problemi riguardo alla postura per sedersi ed allattare
- problemi nel comprendere le esigenze nutrizionali del bebè
- dubbi sullo stato del proprio seno e del corpo in generale

Ho utilizzato questi dati per chiedere alle puerpere quanto ciascun tipo di problema fosse importante, e dall'analisi fattoriale delle risposte (vedi 7.2.4) sono emerse due tipologie:

- 1) problemi "orientati al bebè"
- 2) problemi "orientati a sé"

L'ospedale dovrebbe offrire in questa fase una ulteriore prova della propria efficienza sia funzionale che organizzativa, in quanto è un contesto sociale (Moss, 1984) frutto di una organizzazione formale e di uno stile comportamentale degli addetti.

Nella ricerca di Cantù risulta saliente soprattutto il confronto tra reduci da un parto spontaneo piuttosto che cesareo; queste ultime manifestano un grado significativamente superiore di "problemi orientati a sé". Appare invece analogo il grado di preoccupazione verso il bambino (Tab.5)

3.2.1) Esempio di ricerca in fase di puerperio

Una interessante ricerca spagnola ha indagato i "perché" della gravidanza non desiderata (Grifol et al., 1995). Attraverso dati raccolti con interviste faccia-a-faccia, gli autori hanno cercato di valutare alcuni fattori sociodemografici, personali e lavorativi; il campione di primi-secondipare ha risposto in seconda giornata *post partum*; a fronte di un 84,4% di gravidanze "desiderate", su quelle impreviste gli autori hanno approfondito i motivi per cui la gravidanza non era stata desiderata. Spicca la motivazione "perché sposata da poco tempo"; segue "perché nubile" o "troppo giovane/adulta", oppure perché si voleva un figlio solo (secondipare); infine ci sono ragioni economiche, di cattivo rapporto col *partner*, o lavorative.

I fattori socioanagrafici statisticamente significativi risultano essere l'età, lo stato civile (nubile) e la precarietà dell'attività lavorativa del *partner*. Riguardo ai fattori relativi al lavoro della donna, si evidenziano i casi di interruzione

precoce dell'attività lavorativa e di impiego presso imprese private, specialmente nei settori industria ed agricoltura; la percentuale di figli non desiderati in madri che lavorano in enti pubblici è bassa (1 su 17). Per quanto concerne i fattori sanitari e relazionali: le gravidanze non desiderate risultano di più in donne che giudicano buona/ottima la propria gestazione, sia dal punto di vista fisico che psichico; infine c'è una più alta percentuale in donne che scelgono l'allattamento artificiale.

E' possibile proporre un breve parallelo tra questi risultati e quelli della mia inchiesta a Cantù, tenendo però presente che non è stato chiesto alle puerpere se la gravidanza fosse stata "desiderata", bensì "programmata", e che il metodo usato non è stato l'intervista ma il questionario autosomministrato.

Le gravidanze risultano "programmate" nel 56% dei casi, un dato sorprendente per esiguità. Si consideri che la percentuale è assolutamente analoga in primipare o pluripare, in casalinghe o lavoratrici extradomestiche, in donne di istruzione più o meno elevata. In quest'ultimo caso però il divario è leggermente più ampio, ovvero le meno istruite sono un po' più programmatrici: 57,4% contro 53,8% delle più istruite (dato non significativo).

L'età non viene confermata come fattore significativo; il campione è inoltre largamente composto da "coniugate", i cui mariti hanno un lavoro "stabile", quindi non si possono fare confronti.

Riguardo al tipo di attività lavorativa della donna:

- si conferma che in media il congedo lavorativo è più precoce in donne con gravidanze non programmate (un mese prima);
- anche i dati per "tipo di impresa" sono sorprendenti: la percentuale di "programmate" è consueta ed analoga (intorno al 58%) per dipendenti private, dipendenti pubbliche e casalinghe; è assolutamente anomala per lavoratrici "in proprio" o che lavorano in impresa familiare, con solo il 31,8%.
- verrebbe infine confermata una tendenza, seppur non significativa, che vede minor "problemi fisici" nel caso di gravidanze non programmate.

3.3) *La transizione alla genitorialità*

La mutata condizione socioeconomica della donna spesso ci propone un contrasto famiglia / carriera (Kaitz, 1985), che sfocia a volte in un conflitto di ruoli. La nascita del primo figlio induce quella che è stata definita come "tradizionalizzazione dei ruoli" (Scabini, 1998). Essa consta di una divisione asimmetrica dei compiti familiari nella quale è la donna a portare l'onere maggiore. Il fatto sociale di fondo è che la parificazione dei ruoli di genere avviene nelle opinioni più che nei fatti. Si evidenzia così un effetto secondario della scelta volontaria, che è alla base del concepimento: decidere se-quando-come avere figli rende ancor più complicato far combaciare aspettative e realtà, non solo dal punto di vista del parto, ma anche dal punto di vista della relazione coniugale.

Per stabilire come si possa prevedere la direzione del cambiamento, una recente ricerca (Binda, 1996) ha cercato di

analizzare longitudinalmente il vissuto della coppia, grazie a questionari, interviste, strumenti grafico-proiettivi.

In sintesi i risultati dicono che:

- le coppie già al settimo mese di gravidanza prevedono maggiori oneri per la madre
- le coppie, alla luce della realtà, rilevano un aggravio peggiore del previsto
- le madri appaiono deluse dal rapporto ludico padre-figlio

Si vengono così a caratterizzare tre tipologie di neo-genitori:

a) "realisti": aspettative confermate

b) "ottimisti delusi": aspettative più rosee rispetto alla realtà

c) "pessimisti sorpresi": aspettative peggiori della realtà

La miglior condizione per l'autostima sarebbe la prima, quindi è bene che tutti gli sforzi in gravidanza siano orientati al realismo. Problema più complesso è quello dell'identità di ciascun genitore, la quale non sempre evolve con gli stessi tempi della gestazione. La transizione provoca uno spostamento nelle relazioni di tutta la famiglia, ed anche il rapporto tra coniugi va rinegoziato. La donna assume un ruolo più centrale e dirigistico e tende a staccarsi definitivamente dalla famiglia d'origine; l'uomo, invece, sembra avvicinarsi ai propri genitori; la donna necessita di un substrato relazionale che le abbia instillato sicurezza; l'uomo ha bisogno di percepire la propria competenza generando autostima. Questi meccanismi, se armoniosi, si supportano ed integrano.

Quanto sopra si integra perfettamente col problema dell'organizzazione ospedaliera, caratterizzata non solo dal "codice materno" dei reparti di ostetricia, ma anche dal "codice paterno" attribuito ai reparti pediatria dalla tradizione psicoanalitica. Così come l'integrazione dei ruoli è alla base di una buona coppia di genitori, allo stesso modo l'integrazione dei ruoli assistenziali tra reparti, o meglio tra "divisioni", è alla base del buon funzionamento della organizzazione ospedaliera.

Nell'ottica della prevenzione è cruciale perseguire un approccio olistico, soprattutto per evitare la sindrome di depressione postpartuale; questo si attualizza tramite (Plumb, 1983):

- l'educazione dei futuri genitori prima del parto
- la ristrutturazione dei reparti maternità
- la regolazione dell'atteggiamento dei medici

Cap. 4° "L'istituzione ospedaliera"

4.1) *Contemperare sicurezza e umanizzazione*

Di rado le politiche ospedaliere tengono conto degli aspetti psicologici della maternità, quindi i dubbi e le ansietà della mamma possono ostacolare la sua naturalezza e abilità nel prendersi cura del neonato (Elkan, 1981).

L'obiettivo strategico da focalizzare per l'istituzione ospedaliera è quello di "offrire una soluzione solamente dopo aver preso atto delle esigenze delle utenti, verificandone successivamente la *compliance*" (Mollica et al., 1992). L'introduzione nella prassi di elementi innovativi va perciò associata ad una misura della soddisfazione delle utenti (vedi 5.1.2).

E' necessario trovare il giusto equilibrio tra le istanze contrapposte, che si contendono la preminenza in campo ostetrico. Bisogna garantire le necessità psicoaffettive della gestante immersa nel suo contesto sociale, e mantenere altresì la sicurezza tecnologica. Il superamento delle dicotomie (ospedale/casa, medicalizzazione/umanizzazione, etc.) è la premessa per garantire le migliori condizioni di parto; a tal fine bisogna identificare le principali "resistenze" emergenti (Mollica et al., 1990):

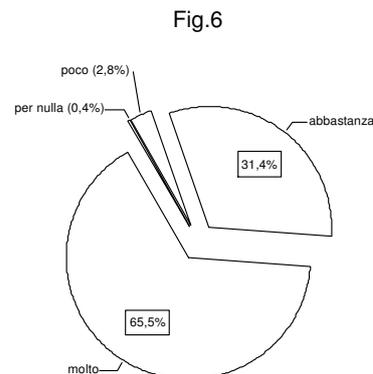
- Insicurezza culturale da conflittualità teoretica: l'obiettivo della sicurezza, se contrapposto alle istanze umanistiche, genera un timore di ciò che non si conosce o comprende
- Insicurezza operativa da contrasto pragmatico: la prassi clinica cambia in funzione del riferimento teoretico, ma ciò implica una riorganizzazione umana e strutturale nell'ospedale
- Insicurezza scientifica da mancanza di certezze: è storicamente accertata la mancanza, in Italia, di una cultura dei dati sia riguardo alle reali aspettative dell'utenza, sia della qualità del servizio, sia dei rapporti costi/benefici
- Insicurezza emotiva in seguito ad un diverso rapporto col "paziente": un ruolo meno dogmatico per il medico espone alla necessità di rendersi consapevoli del coinvolgimento affettivo che l'umanizzazione impone.

La mancanza di certezze che deriva da un'ottica non deterministica impone la necessità di verifiche. Per questo scopo si rivela indispensabile una elaborazione statistica dei dati, a cui aggiungere l'uso del questionario conoscitivo per avere il "polso" dell'utenza. Per individuare eventuali fattori psicosomatici pericolosi, sarebbe bene che il medico potesse valutare alcuni tratti di personalità e le principali influenze socioambientali. E' determinante che, accanto all'anamnesi medica, ce ne sia una anche psicologica. La ricostituzione dell'armonia tra corpo ed emozioni è fondamentale, ed il ginecologo gioca il proprio ruolo nel fornire sicurezza alla gestante assistendola sul doppio piano somatico e psicologico, e la sua importanza è addirittura posta sullo stesso piano di quella del marito (vedi 7.2.2). Talvolta però gli operatori sanitari lamentano che si richieda loro un *surplus* di competenze ed oneri lavorativi, a fronte di un carico già gravoso: in quest'ottica si può pensare alla funzione dello psicologo nella divisione ostetrica (Codispoti Battacchi, 1983). I

problemi delle donne, in relazione al proprio apparato riproduttivo, non possono che portare con sé componenti che vanno al di là della fisiopatologia, e lo psicologo potrebbe risolvere la necessità di gestire e scaricare le tensioni. Le difficoltà che tale proposta comporta sono comunque molte,

Tab.6 -Comunicazione con gli operatori sanitari

		Primipara/pluripara		Totale
		primipara	pluripara	
Giudizio di soddisfazione	per nulla		,9%	,4%
	poco	2,9%	2,7%	2,8%
	abbastanza	28,8%	33,9%	31,1%
	molto	68,3%	62,5%	65,7%
Totale		n=139	n=112	n=251



ed essa è proponibile solo in un'ottica di équipe.

4.2) Il servizio di "rooming-in"

Una conseguenza del parto ospedalizzato è il passaggio di consegne tra la divisione ostetrica e quella pediatrica. Per il neonato si tratta di una sorta di "reinfetazione" (Miraglia, 1986), che sfocerebbe con la nascita vera e propria quando, riconsegnato alla madre, questa lo condurrà a casa con sé. Per ovviare al relativo "abbandono" postpartuale della donna, ed implementare la relazione con il bambino, è stato promosso il cosiddetto *rooming-in*, che però si è dimostrato essere una soluzione non priva di difficoltà. Quale fondamento teorico di natura psicologica, la "teoria dell'attaccamento" di John Bowlby ne è stata il substrato storico (Cuttini *et al.*, 1995). Bowlby ha ribaltato la relazione antagonistica bambino-genitori della psicoanalisi classica, postulando una disposizione genetica a cercare gli stimoli ed a promuovere l'attaccamento tra madre e bambino. Andando oltre la nozione di *imprinting*, Bowlby afferma che c'è una commistione di istintualità e di relazionalità tra madre e bambino. Il *rooming-in* si configura come la condizione ospedaliera favorente la vicinanza tra madre e figlio, senza intralci al naturale instaurarsi del rapporto. Una buona e completa esperienza precoce è garanzia per quei modelli di sicurezza e conforto, che sono la base dei futuri rapporti sociali e sessuali dell'individuo (Salzen, 1978).

La comparazione tra situazioni convenzionali (bambini nel "nido") e situazioni di *rooming-in* (Greenberg *et al.*, 1973) evidenzia una maggiore sicurezza e competenza nelle mamme che hanno vissuto questa opportunità. Ciò nonostante esistono limiti strutturali di équipe, spazi e mezzi, nonché un certo scetticismo sull'utilità della metodica.

4.2.1) Esempio di inchiesta sul "rooming-in" (I)

Alcuni anni fa è stata condotta un'inchiesta (Gambarini, 1993) per verificare il rischio di diminuzione dell'attaccamento materno, e quello di colpevolizzazione e passivizzazione della madre a seguito di *rooming-in*. Sono state raccolte le impressioni di

puerpere in terza giornata *post partum*, tramite questionario anonimo ed autosomministrato. Il campione di 100 soggetti (età tra 22 e 35 anni) consta di 62 primipare. Il *rooming-in* viene definito, in calce al questionario, come "una modalità di assistenza al puerperio che consiste nel tenere il neonato nella stessa camera della madre". Esso non viene imposto, ma disposto a richiesta.

Alla domanda "Lei pensa sia una scelta positiva?" il campione risponde "sì" al 49% (56% tra le primipare e 37% tra le pluripare). L'unica risposta aperta del questionario chiede il "perché" della scelta, e le spiegazioni prevalenti sono:

a) Perché "no":

- il bambino richiede regolarità ed assistenza specializzata
- le esigenze del bambino e della puerpera sono in contrasto
- l'igiene in camera è meno sicura che nel nido.

Appare evidenziarsi una concezione un po' rigida, un'immagine negativa di sé, un capovolgimento della naturalità delle cose. Sembra trattarsi di mamme ben inserite nell'ottica medicalistica.

b) Perché "sì":

- è la continuazione del contatto pre-parto
- consente di soddisfare i bisogni del bambino
- è bene purché sia *libera scelta* della donna

Curiosamente la libertà di scelta tra fare o meno il *rooming-in* è rivendicata dalle favorevoli e non dalle contrarie.

Altre conclusioni della ricerca:

- le primipare temono la propria inesperienza e vedono il *rooming-in* come un'occasione per fare "pratica"; in generale questo servizio appare positivo a coloro che evidenziano un atteggiamento materno più "altruistico"
- le pluripare, forse perché già consapevoli del carico di responsabilità e impegno che aspetta loro, tendono a privilegiare la percezione della propria stanchezza, che temono impedisca di curarsi al meglio del neonato fin da subito. Molto dipende anche dalle specifiche condizioni fisiche della donna
- tutte le mamme dimostrano timore della "promiscuità" del *rooming-in*, che comporterebbe una minore igiene
- il *rooming-in* a tempo pieno viene malvisto da una larga percentuale di donne, che dimostrano una spiccata preferenza per una soluzione a limitato numero di ore
- a fronte di un'attitudine favorevole del personale verso il *rooming-in*, questo risulterebbe snaturato da una mancanza di comunicazione tra "comunità medica" e neo-mamme (Sheiman, 1979).

In definitiva sarebbe necessario predisporre un *rooming-in* flessibile, scelto liberamente e sostenuto dal personale sanitario; una sorta di "nido aperto" che possa consentire il contatto e l'apprendimento, ma anche la sicurezza di potersi riposare se la stanchezza prende il sopravvento.

4.3) Comunicazione ed efficienza in ospedale

Gli obiettivi di "salute" sono qualitativi più che quantitativi, e credo che le nostre strutture dimostrino una buona efficacia:

offrono quella "sicurezza" che la scienza medica promette. Diverso è parlare di efficienza, la cui definizione resta un problema aperto, perché non facile da giudicare. Spesso negli ospedali si investe in risorse tecnologiche mentre poco si fa nel settore delle risorse umane (Novaga, 1984). La teoria della conciliazione tra tecnologia e uomo, o "scuola socio-tecnica", afferma che le due cose sono compenstrate. La comunicazione è quindi fondamentale, poiché con essa fluiscono le risorse e i servizi. Da una ricerca sulla comunicazione tra medici e puerpere (Roldan, 1985), risulta che l'informazione posseduta dalle donne dipende solo in parte da fonti mediche; l'influenza di colleghi, amici, letture, esperienze, genera un collage spesso impreciso e contraddittorio. Le carenze comunicative tra gli operatori sanitari e la neo-mamma, in particolare riguardo agli aspetti "routinari", danneggerebbero in particolare la primipara. Dal punto di vista organizzativo, i formalismi dei ruoli provvedono alla divisione della sfera operativa dei compiti, ma lasciano alla discrezionalità individuale la sfera psichica. Persino l'autorità, impersonata di solito in modo formale dal primario e dalla caposala, spesso segue altre vie (ad esempio il carisma, l'anzianità). Il punto è che gli obiettivi di umanizzazione del parto nella pratica quotidiana devono mettersi in competizione con altri innumerevoli problemi, concernenti ad esempio i rapporti tra gli operatori, che però non sono oggetto della presente trattazione. Va comunque rimarcato il dato positivo che emerge a Cantù, relativo al grado di "soddisfazione" delle puerpere in tema di comunicazione (Tab.6)

Cap. 5° "La tecnica d'indagine più utilizzata: il questionario"

5.1) *Gravidanza e parto*

5.1.1) *Indagine su maternità e gravidanza nella nazione italiana*

In un'inchiesta ideata presso la clinica ostetrica dell'Università di Verona (Pecorari *et al.*, 1992), l'interesse era rivolto alla complessiva esperienza di maternità. Per avere risposte attendibili è stato costituito un campione nazionale rappresentativo di ca. 1000 soggetti, tra 15 e 45 anni d'età.

La procedura prevedeva due momenti:

- intervista faccia-a-faccia, con registrazione delle risposte, basato su un questionario semi-strutturato
- autosomministrazione di due questionari strutturati.

Le interviste sono state realizzate in reparti, ambulatori, studi privati e ad un corso per fidanzati.

La prima parte dell'indagine consisteva in un'anamnesi psicologica e comportamentale, tesa alla identificazione di variabili sociali, anagrafiche, etniche, lavorative, personali, familiari. Nella seconda parte le donne avevano 55 *items* su cui affermare il proprio accordo con scala Likert a sette posizioni.

Infine era richiesto di esprimere le proprie sensazioni riguardo a sessualità - maternità - gravidanza - parto - aborto, tramite 11 scale a sette posizioni di differenziale semantico.

L'impostazione era mirata alla ricerca di dimensioni sottostanti cui pervenire con l'analisi fattoriale.

Le principali conclusioni degli autori, in base alla mole di dati raccolti, riguardano l'individuazione di una serie di fattori suddivisi in aree tematiche, con relativi orientamenti di opinione e correlati psico-socio-anagrafici, cui farò riferimento per analizzare i risultati della ricerca (*vedi* 6.2.2). In generale:

- le donne accettano con equilibrio e serenità la propria "biologia", però vorrebbero il massimo al minor prezzo
- l'amore materno risulta ben radicato, ma non come istinto bensì come condizionamento
- la scelta di maternità è più apprezzata se fatta responsabilmente.

Nelle società industrializzate la nascita del primo figlio si è gradualmente spostata più avanti in termini di età anagrafica, ed insieme al vissuto talora morboso di coloro che non possono avere figli, questo determina un aumento del desiderio di maternità più in prossimità della menopausa.

In conclusione l'istruzione più elevata, l'età media maggiore delle primipare, la nostra società avanzata, le tecniche di controllo disponibili, *etc.*, rendono la maternità un evento sempre meno spontaneo, impulsivo, in una parola "naturale" secondo la concezione tradizionale di naturalità.

5.1.2) *Indagine sull'umanizzazione del parto intraospedaliero*

In un'altra indagine, condotta presso la clinica universitaria di Ferrara (Mollica *et al.*, 1992), sono stati usati questionari anonimi autosomministrati in terza giornata di puerperio. In questo caso

lo scopo è stato ristretto e contestuale, teso a valutare alcune novità introdotte precedentemente nella prassi della divisione. Ben 105 *items* hanno sondato la percezione da parte dell'utenza dell'organizzazione ospedaliera, del rapporto tra gestante e personale, delle aspettative della donna, del trattamento del neonato. La procedura ha previsto anche il confronto con un campione di controllo, che non ha usufruito dei servizi innovativi. Di seguito i risultati a mio avviso più interessanti. Il *day-hospital*, attuato a partire dalla 38^a settimana di gestazione con frequenza mono-bisettimanale, ha evidenziato alcuni pregi:

- offre un'attenta sorveglianza
 - evita il ricovero di *routine* della 40^a settimana
 - permette alla gestante di familiarizzare con l'ambiente
 - soddisfa il bisogno di sicurezza delle gestanti
 - diminuisce la "dipendenza" da singoli operatori (es. il medico curante) aumentando la fiducia nella struttura
 - ha un effetto ansiolitico, preventivo dello *stress* da ricovero
- In travaglio e parto si è notata una richiesta leggermente inferiore di interventi analgesici risolutivi (37,7% Vs 42,9%). L'aspettativa delle partorienti, nei confronti del personale in sala parto, è apparsa orientata alla comprensione e ad una *leadership* discreta.

La deambulazione in travaglio ha soddisfatto il 53,4% di partorienti, deluso il 31,2%, lasciato "indifferente" il 12%. Il monitoraggio cardiocografico è stato vissuto in modo molto rassicurante (87,9%). Riguardo alla presenza di figura affettiva, il marito viene richiesto dal 79% delle donne, ma resta inspiegato il 21% speculare. In generale, il medico viene reputato efficiente e preparato, ma poco disponibile ed umano. Tra le altre lagnanze:

- brevità del primo contatto col neonato
- insoddisfazione verso il *rooming-in* di sole 7 ore diurne
- necessità di imparare a prendersi cura del bambino con personale specializzato
- impossibilità di allattare al seno anche di notte
- separazione "di fatto" del padre dal neonato
- mancanza di informazioni approfondite e chiare

Le innovazioni adottate hanno elevato la *compliance* delle utenti.

5.2) *Il postparto*

5.2.1) *Utilità della preparazione alla nascita nel postparto*

Uno studio condotto presso l'Ospedale S. Raffaele di Milano (Gambarini *et al.*, 1990) ha inteso verificare l'esperienza delle puerpere, anche in funzione dell'aver frequentato o meno il corso di PPO. Il questionario, basato su 32 *items*, è stato proposto per migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera grazie ad un *feedback* attendibile da parte delle degenti. Lo strumento utilizzato nello specifico in questione è semistrutturato, con alcune domande a risposta multipla, autosomministrato in quarto giorno *post partum*, anonimo. Sono stati disposti due gruppi:

- uno "sperimentale" (A), che ha frequentato i corsi di PPO

- uno di "controllo" (B), che non ha partecipato

Una breve sintesi dei risultati emersi:

- nel gruppo A ci sono più gravidanze programmate, il travaglio è più sereno, c'è meno "dipendenza", la "coppia" sembra più unita; la percezione del travaglio è però più lunga e la realtà del parto appare peggiore delle aspettative, il che pone dei dubbi sui contenuti trasmessi con la PPO; la tecnica di rilassamento R.A.T. (*Training Autogeno Respiratorio*) ottiene un lusinghiero gradimento; c'è una maggiore tendenza a voler stare a lungo col bambino.

Le risposte aperte indicherebbero per il gruppo A una migliore analisi delle proprie emozioni, mentre nel gruppo B la "fisicità" del parto sarebbe più evidente. La PPO appare incrementare l'accettazione di sé e l'autocoscienza, ma il confronto con le aspettative vissute in gestazione sembra deludere le donne.

5.2.2) Esempio di inchiesta sul "rooming-in" (II)

Presso l' I.R.C.C.S. di Trieste (Cuttini *et al.*, 1994), sono state sondate le opinioni delle neo-mamme sul *rooming-in*, sulla qualità delle cure prestate ai loro bimbi e sull'organizzazione del nido. Il disegno di ricerca proposto dagli autori è basato su questionari autosomministrati anonimi, distribuiti dalle allieve ostetriche, con una lettera di presentazione della capo-sala. I questionari andavano imbucati, a cura delle rispondenti, in apposite scatole. Il campione annovera donne di età media 28 anni, per due terzi con grado di istruzione almeno superiore, poco più della metà primipare; quasi tutte hanno vissuto un parto fisiologico spontaneo; su 68 questionari distribuiti, 54 sono stati consegnati; i dati del campione definitivo sono stati sottoposti ad analisi statistica di tipo χ^2 ("chi quadro").

I risultati in sintesi:

- l'85,2% delle donne si dichiara contento del *rooming-in*; una metà del campione ha provato anche il *rooming-in* notturno
- i principali inconvenienti riscontrati: 40,7% "difficoltà nell'interpretare il pianto del neonato"; 16,7% "difficoltà di riposare"; 11% "grande stanchezza"
- le donne più "scolarizzate" sembrano cogliere meglio il senso del *rooming-in*, ovvero la conoscenza del proprio bambino
- le primipare riportano maggior "piacere di osservare il bambino" ma anche "difficoltà nel maneggiarlo"; esse sembrano lamentarsi, più delle pluripare, del poco tempo dedicato loro
- la soddisfazione si estende ad aspetti organizzativi, come le opportunità della coppia di essere presente alle varie fasi tipo "bagnetto", "vestizione", etc.
- si evidenzia un gradimento significativamente più basso verso le cure infermieristiche/ostetriche, che verso quelle mediche.

I risultati sull'allattamento sono di minor pertinenza diretta coi nostri scopi, seppur rilevanti nella ricerca di Trieste: l'80% delle donne si ritiene soddisfatto dell'informazione ricevuta, con risultati inferiori solo su alcune questioni specifiche (ad es. la produzione del latte e la preparazione del latte in formula). La principale lamentela riguarda la mancanza di assistenza nel corso

della prima poppata. Una larga percentuale di donne rileva inoltre di avere ricevuto informazioni conflittuali sull'allattamento. Nonostante i giudizi siano complessivamente positivi, emergono alcune insoddisfazioni: a mio avviso, in chiave di validità apparente, sembrerebbe che la difficoltà di riposare e la stanchezza siano conseguenze del *rooming-in* in se stesso; per converso i problemi di gestione del bambino e di interpretazione del pianto potrebbero essere superati da una migliore assistenza. Se si escludono i casi in cui sia necessario non lasciare il neonato alla madre per motivi clinici, nelle altre circostanze gli autori evidenziano un comportamento spesso inadeguato da parte della divisione pediatrica: può accadere infatti che ci si adoperi affinché il neonato sia "espropriato" alla madre, pur di esprimere in modo manifesto la propria professionalità. Lo *staff* ospedaliero può inconsciamente favorire sensi di colpa, fallimento e incompetenza nelle madri, tramite la convinzione latente di saper meglio toccare e tenere il bambino, quindi sfavorendo la confidenza in sé della madre (Freud E., 1981). Sarebbe quindi auspicabile un diverso atteggiamento, perché lungi dal diminuire la necessità di assistenza professionale, il *rooming-in* addirittura la incrementa. In questa fase, gli operatori si trovano al cospetto delle richieste delle degenti, ed eventuali deficit di personale lascerebbero a pochi l'incombenza di gestire un compito improbo: questo spiegherebbe sia l'insoddisfazione delle madri, sia l'insofferenza dei pediatri verso il *rooming-in*. Tra le ipotesi proposte, merita attenzione quella che, essendo l'allattamento al seno una "questione focale", ed essendo le puericultrici identificate come principali referenti, queste "pagherebbero" lo scotto dei maggiori problemi che allattare al seno in sé genera: ben un terzo del campione lamenta infatti ragadi ai capezzoli e/o ingorghi dei dotti galattofori. La conclusione degli autori è esemplare: dato che nella nostra società la media di procreazione è bassa e che la famiglia estesa è in declino, la donna spesso ha una sola occasione per avere un figlio, e si ritrova sostanzialmente sola e responsabilizzata; i professionisti devono interpretare un ruolo non "routinario".

5.3) *La relazione tra le aspettative ed il vissuto del parto*

Esiste uno strumento di misura nato per rendere "visibile" l'esperienza di maternità nei suoi aspetti: si tratta dell'*Experience of Motherhood Questionnaire* (Astbury, 1993). Il questionario è stato pensato e strutturato per donne con bambini piccoli, non più "neonati" ma non ancora in grado di camminare (in ingl. "toddlers"); risulta comunque rilevante per i nostri scopi. L'autrice si basa sulla presunta inconsistenza delle ricerche di natura endocrina sulla depressione postnatale, attribuendo ad esse una delle ragioni per cui "i veri stressori della maternità sono rimasti invisibili". Il ruolo di genitore sembra avere sull'identità femminile un effetto notevole, più che su quella maschile. La donna spesso antepone i bisogni dell'infante ai propri, e questo ruolo, auto-imposto e socialmente accettabile, avrebbe un costo psicologico. L'EMQ si propone di quantificare

questo "prezzo". I venti *items* di cui si compone sono stati derivati dai contenuti di molte interviste, condotte su madri di bambini di circa due anni e storia di prematurità. Ci sono due tipi di *items*, per aspetti positivi e negativi della maternità, misurati con uno scalometro a quattro punti. Si tratta di uno strumento non legato solo alle consuete dinamiche emozionali, ma attento al contesto socio-culturale. Attraverso le venti risposte si può evidenziare come cambia la vita il fatto di "essere madre". Per i nostri scopi gli *items* sono serviti, opportunamente revisionati, per valutare le ansie della gestante (vedi 6.2.3 e 6.3.2).

Tab.7

		Primigravida/plurigravida		Totale
		primigravida	plurigravida	
Ha l'impressione di sognare:	meno del solito	11,5%	11,1%	11,5%
	come al solito	57,7%	77,8%	60,7%
	più del solito	30,8%	11,1%	27,9%
Totale		n=104	n=18	n=122

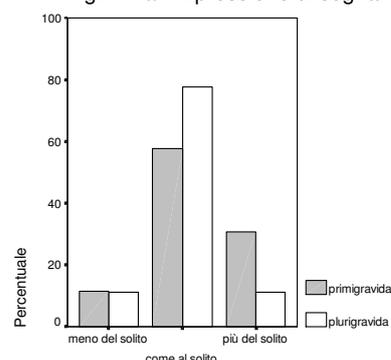
(chi quadro=3,151; df=2; sig.=,207)

L'analisi fattoriale che l'autrice ha eseguito sui risultati, ha identificato sei aspetti dell'esperienza di maternità:

- a) le ansietà della donna in funzione del figlio
- b) le modalità attuate per far fronte alle necessità del figlio
- c) gli effetti del figlio sull'autonomia personale
- d) come un figlio cambia il modo di affrontare la vita
- e) il peso del proprio ruolo
- f) le necessità di supporto da parte delle altre persone

Nella ricerca si afferma un riscontro significativo tra punteggi all'EMQ sopra la mediana e soggetti diagnosticati depressi. Il questionario viene quindi proposto a supporto dell'indagine clinica.

Fig.7 -Ha l'impressione di sognare



Parte IIª "La ricerca di Cantù"

Cap. 6° "L'inchiesta nella fase pre-partuale"

6.1) Il metodo e i soggetti

Il "Questionario per gestanti" è stato distribuito, nell'arco di sei mesi, a tutte le donne che hanno partecipato al corso di

Matrice 1

Analisi fattoriale confermatória Metodo estrazione: analisi delle componenti principali Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser	Percentuale di varianza, varianza cumulata ed autovalore attribuibile a ciascun fattore, con factor loadings relativi a ciascun item				
	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5
	12,176% 12,176% 1,705	11,914% 24,090% 1,668	10,603% 34,693% 1,484	9,341% 44,034% 1,308	9,147% 53,181% 1,281
13) Sarebbe bello se si potesse fare un bambino senza dover passare attraverso la gravidanza ed il parto	,740		-,102		-,244
10) Le donne sono meno attraenti in gravidanza e dopo aver avuto figli	,660				
08) La madre spera di dare ai figli ciò che non ha avuto per se stessa	,532	,107			,271
12) Avendo figli una donna non può coltivare i propri interessi	,396		,264		,140
07) Il figlio comporta perdita d'importanza del marito		,863			
03) Se si è avuta una cattiva madre non si vogliono figli		,833			
05) Una vita senza figli non ha significato		-,228	,641	,147	,325
02) E' bene che un figlio non cresca solo, ma abbia un fratello/sorella	-,106		,620	-,264	
14) Chi non riesce a fare figli fa bene ad adottarli	,153	,139	,611	,203	-,150
01) Per dare il massimo ai figli bisogna farne pochi	,399		-,420		,292
11) E' meglio che la donna smetta di lavorare quando si sposa			-,102	,810	
09) Le donne senza figli si sentono meno importanti delle proprie madri			,183	,767	
04) Per avere un figlio ci vuole un rapporto stabile di coppia	-,103			,116	,781
06) Riflettendo troppo non si fanno figli				,104	-,593

preparazione al parto, organizzato presso la struttura ospedaliera di Cantù. Detto corso viene ripetuto a cadenza mensile, e consta di una serie di incontri suddivisi in lezioni pratiche infrasettimanali (cui partecipano solo le signore) e lezioni teoriche del sabato mattina (cui sono invitati a partecipare anche i futuri padri). Le lezioni, tenute da personale medico e paramedico, vertono su argomenti specifici quali la preparazione, il monitoraggio, l'igiene, l'allattamento, le modalità di parto; l'ultima lezione (ultimo sabato del mese) è invece orientata ad una discussione più aperta e "libera". E' in occasione di questi ultimi incontri che, verso la fine della discussione, ho personalmente presentato il questionario, spiegandone gli scopi ed invitando le signore alla compilazione volontaria (senza l'ausilio dei mariti). Ho rilevato verbalmente alcune lamentele riguardo all'assenza della figura del pediatra, che le gestanti si aspetterebbero di incontrare.

Il questionario è stato pensato come anonimo, strutturato ed autosomministrato; ho richiesto però alle gestanti di attribuirsi un "identificativo", al fine di poter mettere in relazione le risposte con quelle eventualmente fornite nel questionario *post partum*. Nessun soggetto ha declinato l'invito alla compilazione, che è avvenuta contestualmente, con la consegna dei questionari direttamente a me.

In totale i dati riguardano 130 soggetti, tra la 23ª e la 38ª settimana di gestazione, in media all'inizio del 9° mese. Questo

dato è in linea con la necessità, segnalatami dai medici, di svolgere la parte applicativa del corso (ad esempio il R.A.T.) nell'ultimo trimestre. Elemento concomitante è l'alta percentuale di donne "lavoratrici", che prima del congedo obbligatorio non avrebbero il tempo di frequentare il corso. Solo il 15,5% delle partecipanti al corso si dichiara "casalinga", contro un'incidenza del 30,1% nel campione complessivo di puerpere. Quasi tutte coniugate (solo 2 nubili), sono per lo più impiegate (36%) e operaie (13%).

Decisamente solida appare l'occupazione lavorativa dei soggetti, "stabile" per il 95,4% dei casi (99% per l'occupazione dei mariti); è un dato confortante in funzione degli studi sul blues

Matrice 2

Analisi fattoriale confermatoria Metodo estrazione: analisi delle componenti principali Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser	Percentuale di varianza, varianza cumulata ed autovalore attribuibile a ciascun fattore, con factor loadings relativi a ciascun item					
	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3	Fattore 4	Fattore 5	Fattore 6
	18,894%	9,455%	8,279%	6,835%	6,623%	5,934%
	18,894%	28,349%	36,628%	43,463%	50,086%	56,020%
	3,779	1,891	1,656	1,367	1,325	1,187
Item 15 (Run down)	,712	,154			,353	
Item 05 (Relaxed)	,623	,289	,119	-,103		,101
Item 12 (Anxious)	,607	,126	,192			-,183
Item 21 (Mealtimes)	,548	-,179	-,142	,328		,477
Item 33 (Fulfilment)	,518	,272	-,207	,296	-,195	
Item 04 (Progress)	,480		,447	-,111	,136	
Item 29 (Confidence)	,421		,106	-,262	-,408	,252
Item 24 (Enjoy sex)	,107	,746			,143	
Item 25 (Like life)	,257	,700	-,107	-,128		
Item 23 (Interests)		,533	,307	,360		
Item 30 (Share work)			,676	-,148		,300
Item 34 (Child talk)			,662		,226	-,220
Item 28 (Coping)	,356		,498	,383		
Item 22 (Demands)	,292	,269	,432	,156	,153	
Item 18 (Babysitting)	-,115	-,147		,732	,187	
Item 32 (Social life)		,351		,584		,283
Item 10 (Advice)	,184			,183	,754	,104
Item 06 (Relative)			,117		,730	
Item 19 (Transport)		,275	,185			,757
Item 26 (Friends)	,173	,401	,291	,327		-,437

Variabili: numerazione in base all'ordine nel questionario versione "1"

Tra parentesi il riferimento agli items dell'EMQ

postpartuale (Castrogiovanni, 1985) e sullo stress (Zedeck e Mosier, 1990) che hanno evidenziato nella precarietà lavorativa, propria o del partner, un importante fattore eziologico di tipo sociopsicologico.

Tramite due "scalometri" a quattro gradazioni (per nulla - poco - abbastanza - molto) è stato saggiato il grado di soddisfazione e di gratificazione nel lavoro, che è risultato mediamente elevato.

6.2) Lo strumento

Il questionario utilizzato è stato concepito in 3 "sezioni".

6.2.1) La prima sezione (domande 01-19)

Sono stati raccolte informazioni generali, già in parte esplicate

(vedi 6.1), considerate rilevanti per l'argomento in esame in funzione dell'analisi di ricerche pregresse. Ad esempio, secondo una ricerca israeliana (Sered e Abramovitch, 1992) le primipare, nonché le donne con pregresse complicazioni ostetriche, riferiscono di sognare di più in gravidanza. Nel nostro campione il dato trova parziale conferma tra chi sogna "più del solito" (Tab.7); comunque la maggioranza di primipare risponde "come al solito" (non è possibile valutare le complicazioni pregresse).

6.2.2) La seconda sezione (domanda 20)

Sono state proposte 14 affermazioni riguardanti la maternità, sulla scorta di un'importante indagine eseguita su un campione nazionale rappresentativo (vedi 5.1.1). Le donne hanno potuto scegliere tutte quelle che condividono. Lo scopo è innanzitutto confermare la tipologia di soggetti proposta dagli autori (Pecorari et al., 1992); quindi verificare l'esistenza di due modelli antitetici nell'identità sociale delle persone (Capello, 1997). La sequenza delle affermazioni è stata proposta nella metà dei questionari in ordine inverso per controllare eventuali effetti di presentazione, che alla luce dei risultati sono peraltro da escludersi.

Le 5 affermazioni più "scelte" sono state:

- a) Per avere un figlio ci vuole un rapporto stabile di coppia (80,8%)
- b) E' bene che un figlio non cresca solo, ma abbia un fratello (66,2%)
- c) Chi non riesce a fare figli fa bene ad adottarli (64,6%)
- d) Una vita senza figli non ha significato (46,9%)
- e) La madre spera di dare ai figli ciò che non ha avuto per sé (41,5%)

I dati sono stati codificati con "0" per *item* non scelto, e con "1" per *item* scelto, quindi ho prodotto un'analisi fattoriale confermatrice (vedi matrice 1) rispetto alle risultanze della ricerca veronese di riferimento (Pecorari et al., 1992).

I
fattori
coprono
della

cinque
il 53%

Matrice 3

Metodo estrazione: analisi delle componenti principali Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser	Componente	
	Fattore 1 20,420% 1,634	Fattore 2 18,242% 38,661% 1,459
Sarebbe bello se si potesse fare un bambino senza dover passare attraverso la gravidanza ed il parto	,749	
Le donne sono meno attraenti in gravidanza e dopo aver avuto figli	,651	
La madre spera di dare ai figli ciò che non ha avuto per se stessa	,583	,169
Per dare il massimo ai figli bisogna farne pochi	,478	-,378
Una vita senza figli non ha significato		,706
Chi non riesce a fare figli fa bene ad adottarli		,629
E' bene che un figlio non cresca solo, ma abbia un fratello/sorella	-,125	,477
Le donne senza figli si sentono meno importanti delle proprie madri		,466

varianza, ma soprattutto rivelano evidenti conferme di quanto atteso:

- Il primo fattore ("*tradizionalismo*") era riferito agli items

Tab.8

Variabili	Statistiche							
	N	Minimo	Massimo	Media	Asimmetria		Curtosi	
	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Errore std	Statistica	Errore std
Fattore performativo	130	-,85	4,53	-7,29E-17	2,236	,212	5,739	,422
Fattore tradizionalista	130	-2,28	2,44	-2,78E-17	,056	,212	-,374	,422
Validi (listwise)	130							

02-05-11; gli *items* 02-05 si confermano nel fattore 3

- Il secondo fattore ("*famiglia fondata sui figli*", o valore-famiglia) si riferiva agli *items* 01-07-10; gli *items* 01-10 si

Fig.8a: fattore performativo

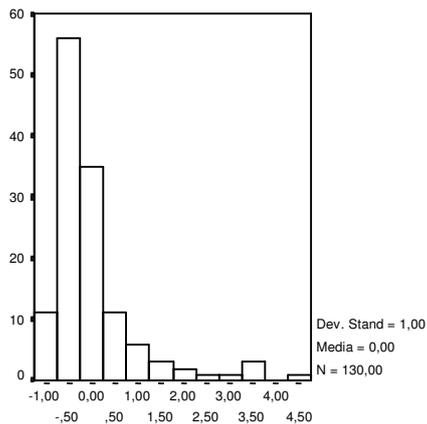
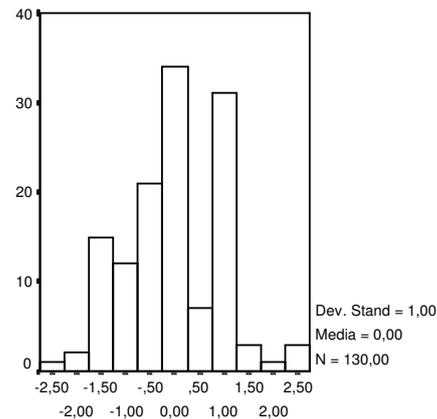


Fig.8b: fattore tradizionalista



confermano nel fattore 1

- Il terzo fattore ("*la maternità non esaurisce la donna come individuo*", ovvero trascende il fatto biologico) era relativo agli *items* 05-14, che si confermano nel fattore 3
- Il quarto fattore ("*mancata tendenza all'investimento sul futuro*", ovvero il carico della scelta di avere figli) concerneva gli *items* 01-04-06-12; ritroviamo gli *items* 04-06-12 nel fattore 5
- Il quinto ed ultimo fattore ("*subalternità femminile*") saturava gli *items* 03-09, che invece ritroviamo l'uno nel fattore 2 e l'altro nel fattore 3.

Questi risultati sono sorprendenti, specie se si considerano le diversità di contesto e di modalità delle due indagini. A ciò si aggiunga che la "fusione" che si denota di due fattori, come il "tradizionalismo" e la "famiglia fondata sui figli", in un solo fattore (F3), risulta logicamente del tutto compatibile.

Il quinto fattore non trova conferme perché ho escluso, dal *pool* di affermazioni inserite nel questionario, alcuni *items* "a forte impatto", riguardanti proprio la "subalternità femminile", che apparivano irritanti e fuori-luogo.

6.2.3) La terza sezione (domanda 21)

Al soggetto è richiesto di giudicare, tramite scalometro, quanto ciascuna affermazione corrisponda al proprio atteggiamento. Si tratta di una complessa elaborazione dell'EMQ, *Experience of Motherhood Questionnaire* (vedi 5.3), fondata sul riadattamento dei venti *items* originari alla situazione pre-parto. Sono stati

introdotti ulteriori quattordici *items* coerenti con lo scopo generale del test prefisso dall'autrice, nonché derivati dall'analisi di altre ricerche. Anche in questo caso sono state previste due versioni: in metà dei questionari i due blocchi di *items* 01-17 e 18-34 sono stati invertiti, lasciando invariato però l'ordine interno ai blocchi stessi.

Lo scopo prefissato è quello di verificare la consistenza dello strumento quale test di ansietà pre-parto, previa analisi fattoriale

Matrice 4

Metodo estrazione: analisi delle componenti principali Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser	Componente con varianza ed autovalore	
	Fattore 1	Fattore 2
	16,733%	6,597%
	16,733%	23,330%
	5,689	2,243
Item 17 (,572)	,690	,310
Item 20 (,418)	,645	
Item 15 (,500)	,639	,302
Item 05 (,427)	,595	,271
Item 12 (,320)	,506	,252
Item 08 (,259)	,506	
Item 04 (,324)	,500	,271
Item 25 (,268)	,473	,210
Item 07 (,222)	,447	-,148
Item 29 (,190)	,421	-,116
Item 01 (,133)	,361	
Item 16 (,128)	,354	
Item 18 (,216)	-,353	,302
Item 33 (,163)	,328	,236
Item 09 (,173)	,324	,261
Item 13 (,179)	,309	,289
Item 03 (8,747E-02)	,291	
Item 21 (,116)	,272	,204
Item 14 (,117)	,257	,227
Item 02 (5,894E-02)	-,234	
Item 32 (,413)	-,210	,608
Item 23 (,358)		,593
Item 22 (,327)	,205	,534
Item 28 (,286)		,526
Item 26 (,251)		,500
Item 27 (,243)	,216	,443
Item 24 (,259)	,268	,432
Item 10 (,191)		,430
Item 19 (,144)		,375
Item 31 (,201)	,270	,359
Item 34 (,102)		,318
Item 06 (9,992E-02)		,316
Item 30 (,104)		,310
Item 11 (8,080E-02)	,188	,213

Variabili: numerazione in base all'ordine nel questionario versione "1" (Tra parentesi l'indice di communalità)

confermatoria.

Come nel test EMQ, la scala dell' "EGQ" (*Experience of Gestation Questionnaire*) è disegnata con due tipi di *items*: per aspetti positivi e negativi del vissuto. Il diverso segno impone una post-codifica, che nella fattispecie ribalta i punteggi degli *items* positivi; in questo modo un alto punteggio complessivo è supposto indicare un alto livello di ansietà nel soggetto. Per quanto concerne la stesura dei due blocchi di 17 *items* ciascuno:

- da un lato ho disposto quelli che per la Astbury saturano il primo fattore ("ansietà della donna"), più altri orientati ad identificare un potenziale quadro depressivo (Tirindelli, 1990)

Tab.9

	N	Minimo	Massimo	Media	Asimmetria		Curtosi	
	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Errore std	Statistica	Errore std
Fattore ansietà affettiva	128	-1,72	3,22	4,684E-17	,749	,214	,306	,425
Fattore ansietà anticipativa	128	-2,56	2,92	-3,47E-18	-,032	,214	,001	,425
Validi (listwise)	128							

- l'altro blocco raccoglie per lo più i restanti *items* che per la Astbury saturano gli altri fattori.

Ho applicato l'analisi fattoriale ai soli venti *items* derivati dall'EMQ (vedi matrice 2)

Fig.9a: ansietà affettiva

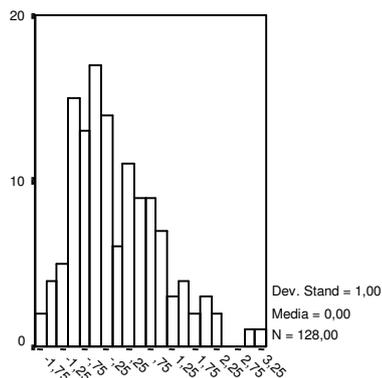
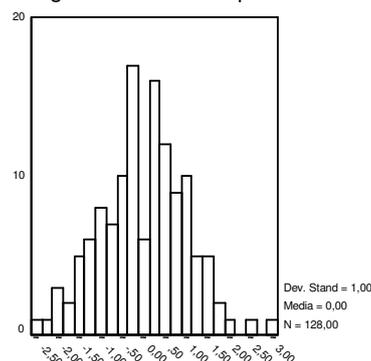


Fig.9b: ansietà anticipativa



I sei fattori coprono il 56% della varianza e manifestano diverse omologie con l'analisi fattoriale dei venti items originari:

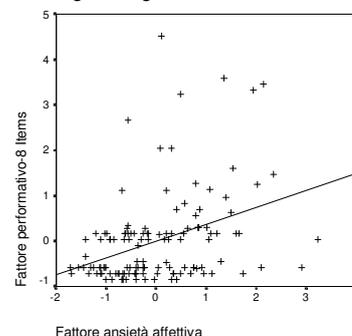
- Il primo fattore ("*ansietà della donna*") ed era riferito agli items 04-05-06-10-12-15; gli items 04-05-12-15 si confermano nel fattore 1
- Il secondo fattore ("*coping col bebè*") faceva capo agli items 05-18-21-22-28-33; troviamo gli items 18-21-22-28 nei fattori 3 e 4, entrambi fattori relativi al *coping*

Tab.10

		Fattore performativo-8 Items	Fattore tradizionalista-8 Items	Fattore ansietà affettiva	Fattore ansietà anticipativa
Fattore performativo	Correlazione di Pearson	1,000	-,001	,371**	,135
	Sig. (2-code)	,	,993	,000	,128
Fattore tradizionalista	Correlazione di Pearson	-,001	1,000	,030	-,081
	Sig. (2-code)	,993	,	,733	,364
Fattore ansietà affettiva	Correlazione di Pearson	,371**	,030	1,000	,000
	Sig. (2-code)	,000	,733	,	1,000
Fattore ansietà anticipativa	Correlazione di Pearson	,135	-,081	,000	1,000
	Sig. (2-code)	,128	,364	1,000	,

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

Fig.10: regressione lineare



- Il terzo fattore ("*autonomia personale*") saturava gli items 23-24-32-34; scopriamo un incrocio di appartenenze di 23-34 nel fattore 3 e di 23-32 nel fattore 4
- Il quarto fattore ("*coping nella vita*") relativo agli items 15-24-28-29-30; verificiamo un altro incrocio con 30-28 nel fattore 3, e con 15-29 nel fattore 1
- Il quinto fattore ("*sovraccarico*") riuniva gli items 04-18-22-26, che manifestano un incrocio di fattori già notato: 04-22 nel fattore 3 e 18-26 nel fattore 4
- Il sesto ed ultimo fattore ("*supporto esterno*") riguarda l'insieme degli items 06-19-32; in particolare 19-32 risultano abbastanza accomunati sia nel fattore 2 che, meno, nel 6.

In definitiva, ritengo che questo intreccio di convergenze e divergenze sia riassumibile nella conferma sostanziale di F1 quale fattore dell'ansietà, di F2-F3-F4 quali fattori relativi al *coping*, e di F5-F6 quali fattori del supporto esterno.

Nel considerare confermata l'interpretazione dei risultati, penso che vadano tenute in considerazione le grandissime differenze tra le due verifiche, sia in termini di contesto socio-ambientale (la Astbury ha operato a Melbourne, Australia), sia riguardo ai soggetti, sia riguardo agli items stessi.

6.3) Ipotesi e risultati

6.3.1) I due modelli antitetici dell'identità sociale

Per sondare la veridicità dell'esistenza di due "tendenze" di fondo nel ruolo della donna di oggi, ho applicato ai dati della domanda 20 (vedi 6.2.2) un'analisi fattoriale mirata all'individuazione di due soli fattori, che possano spiegare la varianza dei risultati.

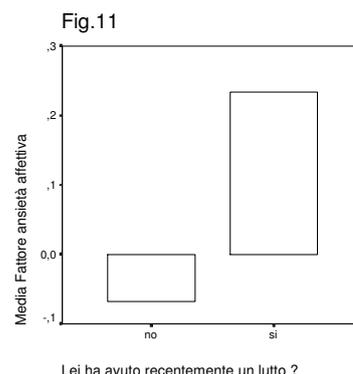
Una prima interpretazione dei dati, relativi alle quattordici affermazioni proposte, ha evidenziato una chiara disposizione delle stesse nella direzione ipotizzata; alcune però risultano

poco discriminanti. Ad esempio, che “per avere un figlio ci vuole un rapporto stabile di coppia” è un fatto altamente condiviso, trasversale alle tipologie di soggetti. Altre affermazioni saturano su entrambi i fattori, altre ancora sono state scelte solo da uno o due soggetti,

Tab.11

Variabili dipendenti	Lei ha avuto recentemente un lutto ?	Statistiche			
		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Ansietà affettiva	no	101	8,76	4,87	,48
	si	27	10,52	4,57	,88

t=-1,686; df=126; sig=,094



e comunque la varianza totale spiegata ammonta solamente al 24%. Dopo aver filtrato le frasi più discriminanti, sono giunto ad un risultato bifattoriale capace di spiegare il 38,6% della varianza (vedi matrice 3)

In base a questi risultati ho trasformato i punteggi fattoriali in variabili mediante il metodo di stima per regressione (Tab.8).

Osservando la distribuzione delle due variabili nel campione esaminato (Figg. 8a e 8b) si può notare con chiarezza che l'orientamento generale del campione in esame si caratterizzi maggiormente in senso tradizionalista.

Cap. 7° "L'inchiesta nella fase post partum"

7.1) Il metodo e i soggetti

Il "Questionario per puerpere" è stato distribuito, nel medesimo arco di tempo del precedente, a tutte le donne che hanno partorito presso la divisione di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Cantù. Lo strumento d'inchiesta è ancora una volta anonimo, strutturato ed autosomministrato. Il questionario veniva consegnato a ridosso delle dimissioni, in genere alla terza giornata *post partum*. Per la restituzione è stata prevista una cassetta apposita ove le signore potevano personalmente imbucare i fogli.

Sono stati raccolti 270 questionari, circa il 65% di quelli che ho stampato in totale. Di questi 270 il 21,6% (n=71) è relativo a mamme che hanno compilato anche il "Questionario per gestanti".

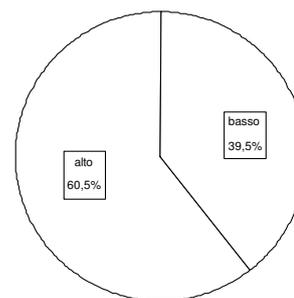
La variabile "età" è compresa tra i 20 ed i 42 anni (media=30,86; dev.st.=4,45), e si distribuisce normalmente (asimmetria=-,032; curtosi=-,022). In particolare l'età media è pari a 29,1 per le primipare e 32,7 per le pluripare; la media nazionale per le primipare nel '94 (dati Istat) era 29,6.

Riguardo alla variabile "istruzione" (Tab.12)

Tab.12 -Livello di istruzione

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	elementare	9	3,3	3,5	3,5
	medio	101	37,4	39,6	43,1
	superiore	132	48,9	51,8	94,9
	universitario	13	4,8	5,1	100,0
	Totale	255	94,4	100,0	
Mancanti	MV	15	5,6		
Totale		270	100,0		

Fig.12



Livello di istruzione dicotomizzato

farò riferimento ad un livello "basso" (elementare + medio = 43,1%) e ad uno "alto" (superiore + universitario = 56,9%).

Il campione è costituito al 95,3% da "coniugate". Dal punto di vista dell'attività lavorativa, spiccano tra le altre: "casalinga" (27,8%), "impiegata" (24,8%), "operaia" (15,6%). Tra le non-casalinghe il 7,3% dichiara di avere un lavoro precario.

7.2) Lo strumento

Il questionario è stato strutturato con l'intento di raccogliere molte informazioni, senza però richiedere un eccessivo impegno di compilazione. Sono stati alternati semplici *items* chiusi, a scalometri, a "risposte multiple", anche con lo scopo di contenere la monotonia ed arginare fenomeni di *response set*.

Nel complesso i *missing values* sono stati contenuti, tranne nell'unica domanda semi-aperta del questionario: si richiedeva un giudizio sulla utilità del corso eventualmente frequentato prima del parto; uno spazio aperto, associato a ciascuna risposta (utile - non utile - non so), serviva per giustificare la propria

valutazione. Tale spazio aperto è stato per lo più ignorato; tra le puerpere provenienti dal corso di Cantù, quasi una su quattro ha evitato del tutto di rispondere (23,9% di *missing*). Di seguito, l'analisi fattoriale dei subtest del questionario.

7.2.1) Giudizio sulla gravidanza

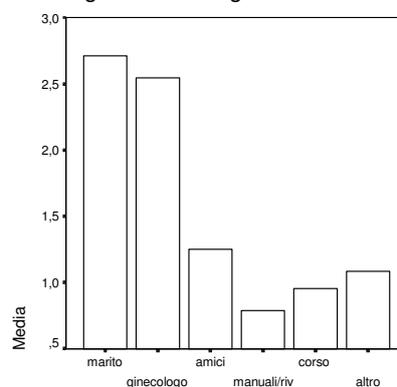
E' stato chiesto alle puerpere se in gravidanza avessero avuto problemi fisici, psicologici e se fosse stata un'esperienza "fantastica". I giudizi, espressi su scalometro a quattro posizioni, sono stati sottoposti alla riduzione fattoriale, che ha prodotto un solo componente e confermato la validità del costrutto.

Dopo una post-codifica (inversione dei punteggi) sul terzo *item*, i tre punteggi sono stati sommati per ottenere un indice di problematicità della gravidanza.

Tab. 13 - Fonti di aiuto in gravidanza

	Media	Deviazione std.	Analisi fattoriale N	N mancante
Aiuto dal marito	2,68	,59	261	9
Aiuto dal ginecologo	2,63	,59	257	13
Aiuto dagli amici	1,70	,91	234	36
Aiuto da manuali/riviste	1,34	,86	231	39
Aiuto dal corso	1,54	1,20	155	115
Altro aiuto	1,49	1,44	35	235

Fig.13 - Aiuto in gravidanza



7.2.2) Aiuto in gravidanza

L'obiettivo era quello di valutare quali siano le principali fonti di supporto per una gestante. I risultati descrittivi (Tab.13) vanno letti considerando che lo "0" della scala corrisponde a "per nulla" (nessun aiuto), ed il "3" al punteggio massimo ("molto" aiuto)

Matrice 5

L'analisi matrice 5) l'esistenza di due "poli" di donna, centrati sull'accoppiata ginecologo e corso - manuali (es. genitori, madre) C'è la conferma affermato (vedi del ginecologo, caricato di grande rilevanza da parte delle donne.

Metodo estrazione: analisi delle componenti principali Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser	Componente con varianza ed autovalore	
	Fattore 1 29,855% 29,855% 1,791	Fattore 1 20,408% 50,263% 1,224
Aiuto dal corso	,666	
Aiuto da manuali/riviste	,620	
Altro aiuto	,595	-,509
Aiuto dagli amici	,589	,257
Aiuto dal marito		,824
Aiuto dal ginecologo	,378	,566

fattoriale (vedi dimostra due componenti, aiuto alla l'uno marito - l'altro sul - amici - altro soprattutto la di quanto 4.1) sul ruolo delle donne.

7 . 2 . 3)
importanti

Matrice 6

F a t t o r i

	Componente con varianza ed autovalore			
	Fattore 1 24,069% 24,069% 1,926	Fattore 2 16,578% 40,647% 1,326	Fattore 3 14,260% 54,907% 1,141	Fattore 4 11,621% 66,528% ,930
Coraggio	,779			,172
Sopportazione	,772			,112
Carattere	,604		,255	-,545
Fortuna	,124	,792		
Anestesia		,771		
Assistenza		,228	,773	-,113
CorsoPPO	,108	-,250	,746	,230
Istinto	,369		,165	,760

Metodo estrazione: analisi componenti principali.

Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.

nell'esperienza di parto

Con questo subtest ho voluto misurare il "peso" di una serie di fattori sul parto, alla ricerca di eventuali *patterns* caratterizzanti. Il giudizio è stato espresso con lo scalometro già descritto. Mi sono ispirato alla teoria di Weiner (Eiser e Van der Plight, 1988), che classifica i processi attribuzionali nei termini di due dicotomie: *interno Vs esterno - stabile Vs instabile* (ce n'è anche una terza: *controllabile Vs incontrollabile*). Ad una prima lettura, in termini di statistica descrittiva, la "graduatoria" vede il giudizio medio più elevato per "l'assistenza offerta alla donna per superare le difficoltà ostetriche"; ultima in graduatoria, seppure con la maggior deviazione standard, è "la possibilità di ricorrere a farmaci o interventi per non soffrire".

Per comprendere questi risultati è comunque necessaria una riduzione fattoriale dei dati (vedi matrice 6).

Matrice 7

Metodo estrazione: analisi componenti principali.	Componente con varianza ed autovalore	
	Fattore 1 35,516% 35,516% 1,776	Fattore 2 26,879% 62,395% 1,344
Altri problemi	,849	-,183
Ricevere aiuto per sedermi e muovermi	,762	
Rimettermi fisicamente a posto dopo la gravidanza	,670	,304
Riuscire a capire i segnali del bambino/a		,822
Avere rassicurazioni mediche sulla mia salute e quella del bambino/a		,753

I

quattro fattori, capaci di spiegare ben il 66% della varianza dei dati, confermano nettamente il costrutto:

- il primo fattore satura in generale sulla dimensione attribuzionale "interna", ma in particolare i primi due *loadings* riguardano il "coraggio" e la capacità di "sopportare", entrambi collocabili sull'asse *interno-instabile*
- il secondo fattore isola chiaramente la "fortuna" e l'"anestesia", ovvero l'asse attribuzionale *esterno-instabile*
- il terzo fattore associa univocamente l'"assistenza" ed il "corso", vale a dire elementi *esterni-stabili*
- il quarto fattore evidenzia una forte saturazione positiva con l'"istinto" ed una forte negativa con il "carattere", ovvero la dimensione *interna-stabile*.

7.2.4) I problemi nel post partum

Ho già accennato (vedi 3.2) alle preoccupazioni della puerpera (Berrini e Carati, 1983), anch'esse riunite in un breve subtest. L'analisi fattoriale (vedi matrice 7) mette in luce un fattore relativo ai problemi *orientati a sé*, ed uno per i problemi *orientati al bebé*. La categoria "altri problemi" è stata scelta pochissimo, ed ancora meno è stato specificato "quale" altro problema; da quei pochi casi si può dedurre perché questa categoria appartenga al primo fattore (es. di "altri problemi": dolori, ipertensione da gestosi, decorso post-cesareo, punti di sutura).

7.2.5) *Indici di soddisfazione*

In questa sezione del questionario ho raccolto quindici *items*, elaborati tenendo conto delle esigenze di *feedback* manifestate dal personale ospedaliero. Sono stati identificati alcuni aspetti del vissuto ospedaliero della puerpera, da sottoporre a giudizio di

Matrice 8

Metodo estrazione: analisi componenti principali. Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.	Componente con varianza ed autovalore		
	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
	35,052%	9,670%	8,548%
	35,052%	44,722%	53,270%
	5,258	1,451	1,282
9) Assistenza ricevuta dal personale ostetrico	,816		
11) Attenzioni ricevute per le mie richieste	,740	,246	,227
10) Informazioni ricevute su quello che stava succedendo	,702	,185	,228
8) Assistenza ricevuta dal personale medico	,690	,229	
1) Accoglienza che ho ricevuto al momento del ricovero	,544	,321	,101
7) Libertà di movimento e scelta della posizione	,480	,103	,201
5) Rispetto nei miei confronti	,296	,808	
3) Comunicazione con gli operatori sanitari	,287	,676	,151
6) Ascolto delle mie esigenze	,301	,672	,225
2) Ambiente ospedaliero	,218	,648	,167
4) Spazio concesso ai familiari		,567	,163
14) Abilità nell'allattare			,835
13) Informazioni che mi sono state date sull'allattamento	,111	,244	,697
15) La prima volta che ho allattato il bambino/a	,295	,119	,667
12) Assistenza che ha ricevuto il mio bambino/a	,188	,334	,402

“soddisfazione” mediante scalometro. Ci sono tre sottogruppi:

- da 1 a 6: *items* sugli aspetti generali dell'esperienza
- da 7 a 11: *items* riferiti alle fasi precedenti la nascita
- da 12 a 15: *items* sui primissimi giorni di vita del bebè

Nella presentazione grafica del questionario è stata evidenziata la differenza tra i sottogruppi, lasciando uno spazio tra gli *items* 6-7 e 11-12, specificando anche a cosa tali aggregati fossero riferiti. Questo si è reso necessario per focalizzare meglio l'attenzione del soggetto sulla specificità della risposta; ad esempio l'*item* 11 (vedi matrice 8) viene giudicato per quanto riguarda il travaglio, mentre l'*item* 6, sostanzialmente analogo, riguarda l'intera esperienza di degenza, quindi si differenzia.

I dati, presi in se stessi, rappresentano un quadro confortante per la divisione ostetrica oggetto della nostra ricerca, in quanto non c'è un solo *item* la cui media di giudizio sia al di sotto di “abbastanza” soddisfacente.

Per una critica costruttiva di questi consensi è però necessario esaminarli verificandone il costrutto di base.

Una semplice lettura degli *items*, posti in graduatoria secondo la media, già evidenzia che l'*assistenza ricevuta* (ostetrica, neonatale, medica) è quella che riceve i migliori consensi, mentre l'*allattamento* si colloca agli ultimi posti; la comunicazione e

l'informazione si collocano nel mezzo di questa "classifica" e lo spazio concesso ai familiari, come già evidenziato (vedi 1.2), è terzultimo.

L'analisi fattoriale (vedi matrice 8) offre tre fattori in grado di

Matrice 9

Metodo estrazione: analisi componenti principali. Metodo rotazione: Varimax con normalizzazione di Kaiser.	Componente con varianza ed autovalore		
	Fattore 1 28,691% 28,691% 3,443	Fattore 2 14,402% 43,093% 1,728	Fattore 3 9,030% 52,123% 1,084
8) Comporta che il bambino/a sia poco protetto	,805		,185
6) Espone di più la madre al rischio di commettere poi errori	,741	,120	,200
10) Di fatto mi ha lasciata piena di dubbi, ad esempio non so come fare col mio bambino/a	,711		
2) Non garantisce regolarità ed assistenza specializzata	,663	,286	
4) E' gravoso per la madre, che invece ha bisogno di riposo	,658		
12) Non si sa più a chi dare ascolto tra le diverse figure professionali	,652	,222	-,194
1) Permette alla madre di abituarsi fin da subito al bambino/a		,813	
7) Consente di imparare a rispondere alle esigenze del bambino/a	,174	,725	
3) Facilita l'adattamento ai ritmi individuali del bambino/a		,638	,251
5) Permette alla madre di vedere e controllare il bambino/a	,144	,247	,696
11) Nonostante ci sia qualche problema, nel complesso il servizio funziona bene	-,117		,613
9) Il personale addetto è molto utile per la sua disponibilità	,115	,107	,550

spiegare il 53% della varianza; il primo in particolare è molto rilevante per il suo autovalore pari a 5,25.

- il primo fattore riunisce gli *items* del secondo sottogruppo (7-11) con in più l'*item* 1; quindi il travaglio è la fase più importante, quella che incide di più nel giudizio complessivo. L' "accoglienza ricevuta" (*item* 1) appartiene a questo fattore, dato che presumibilmente molte donne si ricoverano quando il travaglio è già in atto
- il secondo fattore corrisponde in modo ineccepibile al primo sottogruppo di *items* (1-6), e corrisponde ad aspetti "generali"
- il terzo fattore trova anch'esso una perfetta corrispondenza con gli *items* relativi (12-15), quindi potremmo definirlo "fattore primi-giorni"; si noti che l' "assistenza che ha ricevuto il bambino" ha una certa saturazione anche sul fattore generale.

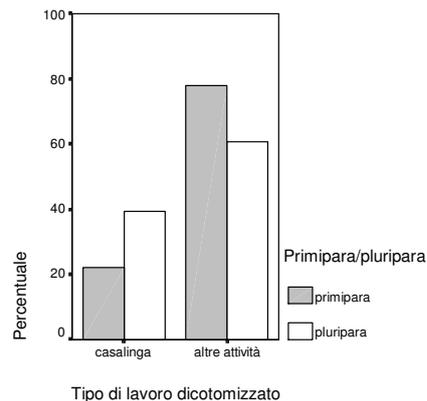
I punteggi fattoriali sono stati trasformati in variabili.

Tab.14

		Tipo di lavoro dicotomizzato		Totale
		casalinga	altre attività	
Primipara/	primipara	22,2%	77,8%	n=135
pluripara/	pluripara	39,3%	60,7%	n=112
Totale		n=74	n=173	n=247

(chi quadro=8,494; df=1; sig.=,004)

Fig.14

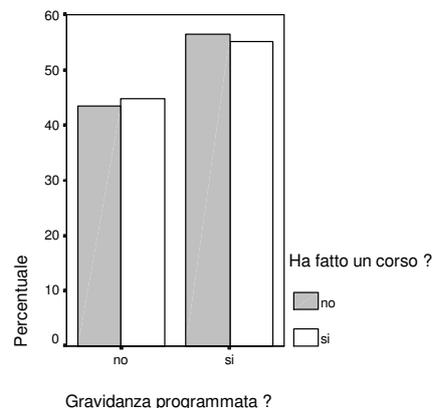


Tab.15

		Ha partecipato ad un corso ?		Totale
		no	si	
Gravidanza programmata	no	51,3%	48,7%	44,2%
	si	52,7%	47,3%	55,8%
Totale		n=138	n=127	n=265

(chi quadro=0,53; df=1; sig.=,818)

Fig.15



7.2.6) *Gli items sul "rooming-in"*

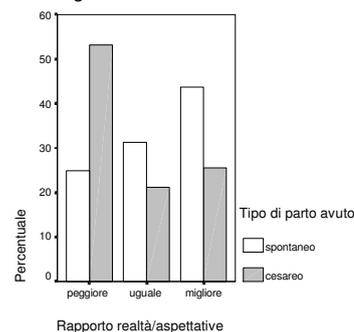
I dodici *items* predisposti per questo subtest finale (riservato a soggetti che abbiano provato il *rooming-in*) rispondono ad una logica particolare: da un lato sono rivolti a verificare se il responso nei confronti di questo servizio è positivo o meno; da un altro vorrebbero rilevare se i pregi/difetti del *rooming-in* siano da ascrivere alla tecnica in se stessa, oppure a come viene attuata nella

Tab.16

		Rapporto realtà/aspettative			Totale
		peggiore	uguale	migliore	
Tipo di parto avuto	spontaneo	25,0%	31,4%	43,6%	n=172
	cesareo	53,2%	21,3%	25,5%	n=47
Totale		31,4%	29,1%	39,5%	n=219

(chi quadro=15,900; df=4; sig.=,003)

Fig.16



singola divisione ostetrica.

I primi otto *items* riassumono i principali "pro e contro" del *rooming-in* in quanto tale (Gambarini, 1993; Cuttini et al., 1995), mentre gli ultimi quattro sono rivolti ad aspetti contestuali.

Gli *items* vengono alternati in funzione del "segno" di ciascuno, ovvero quelli dispari sono in "positivo" e quelli pari in "negativo", come nell'EGQ del Questionario per gestanti. I giudizi sono stati espressi sul consueto scalometro, e la post-codifica dei risultati ribalta i punteggi degli *items* negativi (l'inverso rispetto all'EGQ); in questo modo un alto punteggio complessivo è supposto indicare un alto livello di gradimento.

I dati sintetici sono ancora una volta confortanti, visto che il più basso dei punteggi medi è 2,28. In particolare, i migliori consensi convergono sul fatto che col *rooming-in* la madre possa

Tab.16-bis

Primipara/pluripara	Tipo di parto avuto	Rapporto realtà/aspettative			
		Rapporto realtà/aspettative			Totale
		peggiore	uguale	migliore	
primipara	spontaneo	29,5%	25,6%	44,9%	n=78
	cesareo	58,6%	24,1%	17,2%	n=29
	Totale	38,0%	25,0%	37,0%	n=107
pluripara	spontaneo	21,7%	37,0%	41,3%	n=92
	cesareo	44,4%	16,7%	38,9%	n=18
	Totale	25,5%	33,6%	40,9%	n=110

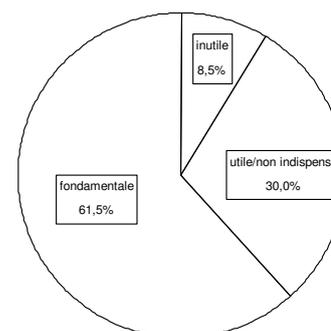
abituarsi fin da subito al bambino, vederlo e controllarlo; i dubbi invece si manifestano sulla "gravosità" per la madre, sulla non garanzia di assistenza specializzata, sulla contraddittorietà dei consigli dati da diverse figure professionali.

L'interpretazione della riduzione fattoriale (vedi matrice 9) è però meno semplice del previsto.

Tab.17 -Opinione sul R-in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	inutile	21	7,8	8,5
	utile/non indispensabile	74	27,4	38,5
	fondamentale	152	56,3	100,0
	Totale	247	91,5	100,0
Mancanti	non so	16	5,9	
	MV	7	2,6	
	Totale	23	8,5	
Totale	270	100,0		

Fig.17

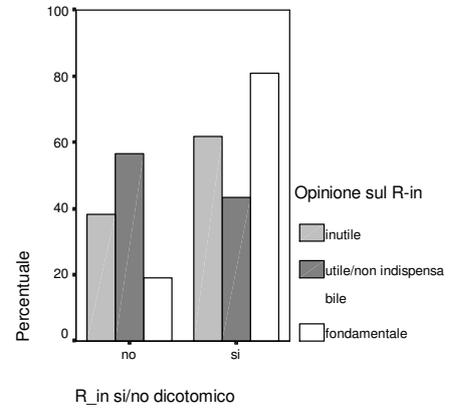


Tab.18

		R_in si/no		Totale
		no	si	
Opinione sul R-in	inutile	38,1%	61,9%	n=21
	utile/non indispensabile	56,8%	43,2%	n=74
	fondamentale	19,2%	80,8%	n=151
Totale		32,1%	67,9%	n=246

(chi quadro=32,499; df=2; sig.=,000)

Fig.18



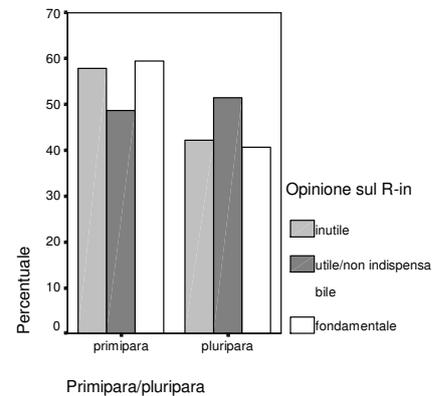
Innanzitutto non c'è la conferma del costrutto, ovvero che i primi otto *items* misurino qualcosa di diverso dagli ultimi quattro. Inoltre il primo fattore è interamente ed univocamente saturato dagli *items pari*,

Tab.19

		Primipara/pluripara		Totale
		primipara	pluripara	
Opinione sul R-in	inutile	57,9%	42,1%	n=19
	utile/non indispensabile	48,6%	51,4%	n=74
	fondamentale	59,3%	40,7%	n=150
Totale		n=136	n=107	n=243

(chi quadro=2,327; df=2; sig.=,312)

Fig.19



ovvero quelli "di segno negativo". Questo fatto segnala il rischio di un effetto tecnico indipendente dai contenuti, forse attribuibile allo stile *leading* degli *items*.

Nonostante ciò, alcuni elementi depongono per una lettura diversa:

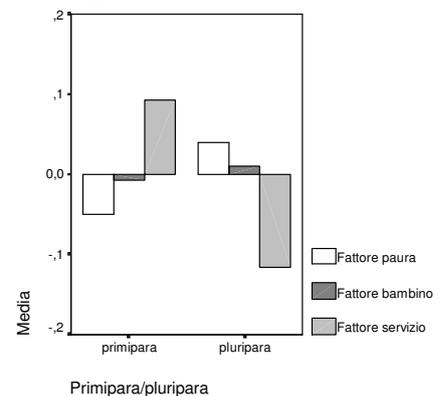
- le frasi *dispari* non correlano tutte

Tab.20

		N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Fattore paura	primipara	145	-5,05E-02	1,0916	9,065E-02
	pluripara	120	3,939E-02	,8892	8,117E-02
Fattore bambino	primipara	145	-6,95E-03	1,0007	8,310E-02
	pluripara	120	9,737E-03	1,0207	9,318E-02
Fattore servizio	primipara	145	9,199E-02	1,0255	8,516E-02
	pluripara	120	-,1158	,9401	8,582E-02

Fattore servizio: t=1,704; df=263; sig.=,090

Fig.20



tra loro, anzi evidenziano un secondo

fattore incentrato sul "bambino" ed un terzo fattore più orientato al "servizio"

- gli *items pari* rivelano una comunanza semantica interessante: la "paura" di qualcosa (di poca protezione, di sbagliare, di non farcela, di non sapere chi ascoltare).

In conclusione, ho trasformato i tre fattori in variabili per ricercare eventuali covariazioni.

7.3) Risultati, ipotesi e verifiche

7.3.1) Varie statistiche descrittive

Tra le puerpere, il 69,9% svolge attività lavorativa (non-casalinghe); sono soprattutto dipendenti private (61,7%) o pubbliche (24,7%), mentre il 13,6% lavora in proprio o nell'impresa familiare. Riguardo al numero di figli:

- più della metà sono primipare (54,7%)
- le altre sono soprattutto secondipare (37,7%)
- le terzipare sono il 5,7%
- solo cinque soggetti in totale raggiungono il quarto (n=3) o il quinto (n=2) figlio.

Le pluripare sono per lo più casalinghe (Tab.14)

La percentuale complessiva di parti cesarei ammonta al 24,1%, ma per le primipare sale al 30,1% (17,5% per le pluripare). Solamente il 3,8% dichiara "avrei partorito a casa": si tratta di dieci soggetti di cui otto sono pluripare.

7.3.2) Gravidanza programmata e partecipazione al corso pre partum

Le gravidanze "programmate" sono il 56%, senza differenze tra primipare e pluripare. Da una ricerca condotta a Milano (vedi 5.2.1) risulta che il corso verrebbe seguito soprattutto da chi ha "programmato" la gravidanza. Questo dato non si conferma (Tab.15)

7.3.3) Grado di soddisfazione e tipo di parto

Secondo uno studio comparativo tra parto cesareo e vaginale (Bradley et al., 1983), il grado di soddisfazione della donna ne risente, pur senza che questo si rifletta negativamente sul bambino (vedi 2.3).

C'è una differenza significativa tra le risposte ad un *item* sul vissuto della realtà del parto, ed il tipo di parto (Tab.16).

A mio avviso il significato di questi numeri va oltre la semplice considerazione che il cesareo sia statisticamente più traumatico. Innanzitutto i giudizi sono comparativi e non assoluti, quindi ciascuno è invitato a commisurare il proprio vissuto in funzione di come se l'era immaginato. Subentra la funzione dei corsi pre

partum, che come dimostrato non appaiono incisivi in questo senso (vedi 2.3). Inoltre il fatto che un soggetto su quattro abbia un parto spontaneo "peggiore", e nella stessa proporzione si rilevi un parto cesareo "migliore", induce a riflettere sulla necessità di pensare al parto non in base alle ideologie, bensì in funzione della partoriente.

Una caratteristica oggettiva della donna, che può aiutare a comprendere meglio i dati, riguarda il suo essere o meno al *primo* figlio: sembra che la primipara corra più rischi di vivere un parto "peggiore" del previsto, comunque esso si svolga (Tab.16-bis)

Un altro dato che conferma la relazione parto/soddisfazione è quello relativo ai giudizi raccolti con la domanda 26 (vedi 7.2.5); il *fattore generale* (secondo fattore) presenta una media più bassa nelle puerpere reduci da un cesareo (dato significativo), che quindi apprezzano l'ambiente ospedaliero un po' meno delle altre. Una possibile spiegazione è che il parto cesareo comporti per la donna un vissuto dell'ospedale in quanto tale (non una "casa del parto"). Infine, ancora in linea con l'ipotesi, i giudizi sul *rooming-in* non si differenziano in funzione del parto; in special modo il fattore che abbiamo riferito al bambino è del tutto analogo nelle due tipologie di mamme.

7.3.4) Il "rooming-in"

Il 63,5% del campione ha provato l'esperienza di *rooming-in*, a fronte del 19,9% che ha rinunciato e del 16,5% cui non è stato possibile provare.

Le opinioni raccolte mediante *item* chiuso (Tab.17) dimostrano che questo servizio è molto gradito. Distinguendo il giudizio tra chi l'ha provato e chi non (Tab.18), è evidente che l'opinione più "intermedia" prevale tra chi non lo fa, mentre i due giudizi più "polari" predominano in chi lo fa. La conclusione è che i (pochi) giudizi negativi sul *rooming-in* potrebbero derivare più da esperienza diretta che da preconcetti.

Per quanto concerne l'ipotesi che questo servizio sia più gradito

dalle primipare (Gambarini, 1993), ci sono due tipi di dati:

- il primo, non significativo, deriva dall'opinione "chiusa" espressa dai soggetti (tab.19)

- il secondo deriva dal t-test sui fattori (Tab.20)

Solo il punteggio delle pluripare sul "fattore servizio" è inferiore in modo abbastanza significativo. Si può parzialmente confermare la tendenza ipotizzata, almeno per quanto attiene all'atteggiamento più critico delle pluripare sugli aspetti contestuali del servizio.

L'analisi delle correlazioni tra i vari fattori evidenziati offre un dato degno di nota: il punteggio nella sottoscala riferita al "fattore bambino", relativo al *rooming-in*, presenta una correlazione $r=,409$ (Sig.=,01) con il "fattore primi-giorni", relativo agli indici di soddisfazione calcolati con la domanda 26. Questo risultato va interpretato quale sostegno alla validità delle misure. Infine, alcune evidenze specifiche:

- le puerpere di istruzione più bassa sembrano soffrire meno della "gravosità" del *rooming-in*: solo per l' 8,9% la risposta è "abbastanza gravoso" (nessuno dice "molto"), contro il 21,8% delle puerpere più istruite ($\chi^2=5,666$; $df=3$; Sig.=,129: test non significativo)
- le puerpere pluripare denunciano di più il rischio di un'assistenza meno regolare e specializzata; per il 35,3% ciò è vero "molto" o "abbastanza", contro il 17,7% delle primipare ($\chi^2=6,851$; $df=3$; Sig.=,077: test significativo)
- le primipare appaiono più compatte nel definire il *rooming-in* "per nulla" gravoso (60,4% contro 43,6%), ma soffrono maggiormente quando l'informazione che ricevono è contraddittoria col risultato finale di lasciarle piene di dubbi (11,3% contro 4%)
- non si evidenziano differenze nel gradimento del *rooming-in* tra donne con esiti di cesareo piuttosto che di parto spontaneo; si può solo notare, per le prime, un punteggio medio di poco inferiore nel "fattore paura" (dato poco significativo)
- nessuna differenza di rilievo tra puerpere che hanno fatto o meno un corso *pre partum*

7.3.5) I perché della partecipazione o non ai corsi *pre partum*

Il 47,9% del campione di puerpere dichiara di aver seguito un corso di preparazione al parto, che nella metà dei casi è il corso predisposto presso la struttura ospedaliera di Cantù (25,2% del totale). Il profilo di massima di chi partecipa ad un corso,

qualunque esso sia, è il seguente:

- età media 30 anni (30,34), istruzione "alta" (67,7%), non casalinga (79,5%), primipara (81%);
- manifesta valori significativamente oltre la media su entrambi i fattori di "aiuto" (vedi 7.2.2) e sul fattore "esterno-stabile" (vedi 7.2.3);
- chi partecipa ad un corso ha poi meno problemi "orientati a sé" nel *post partum* (vedi 7.2.4)
- il gradimento sul "fattore generale" dell'esperienza di parto è superiore (vedi 7.2.5)
- la preferenza riguardo al "fattore bambino" del *rooming-in* (vedi 7.2.6) è leggermente superiore (dato non significativo)

Per indagare il "perché" della non-partecipazione ad un corso, ho proposto quattro alternative chiuse ed una aperta:

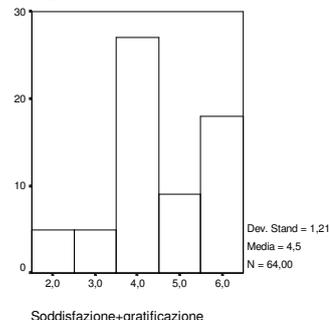
- Perché ho già partecipato per gravidanze precedenti 38,5%;
- Perché non ne avevo il tempo 27,4%;
- Perché non lo ritenevo utile 15,6%;
- Perché stavo male a causa della gravidanza 14,1%;
- Altri motivi 8,1%.

Gli "altri motivi" citati sono per lo più legati alla impossibilità di recarsi al luogo

Tab.21

	Minimo	Massimo	Media	Deviazion	Asimmetr	Curtosi
	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica	Statistica
Soddisfazione+gratificazione	2	6	4,47	1,21	-,259	-,607

Fig.21



del corso.

Per chi ha partecipato, cinque alternative chiuse più una aperta:

- Per ricevere informazioni 74,4%
- Per maggiore tranquillità 45,0%;
- Per conoscere altre gestanti e raccontarsi le esperienze 28,7%
- Perché mi è stato suggerito da conoscenti 2,3%
- Perché me lo ha detto il medico 1,6%
- Altri motivi 1,6%

Infine è stato chiesto "quali consigli darebbe ad una conoscente":

- Di partecipare ad un corso 58,2%
- Di fare ciò che ritiene più opportuno 28,1%
- Di farsi consigliare dal medico 13,7%
- Non dare nessun consiglio 3,8%
- Di non partecipare ad un corso 0,4%

A questi risultati, già chiari, si aggiunga che: tra chi ha frequentato, il 79,3% consiglierebbe di partecipare (nessuno lo sconsiglia), il 19% rimanda a ciò che si ritiene opportuno.

Dai colloqui col personale medico è emersa una certa tendenza a "non sconsigliare" la frequentazione di un corso, piuttosto che a consigliarla espressamente. E' di tutta evidenza che il primo passo, per incrementare la presenza ai corsi, andrebbe fatto dai ginecologi stessi, consci del ruolo fondamentale che le donne attribuiscono loro per la qualità della gestazione-parto.

7.3.6) L'allattamento

Questo fondamentale aspetto dell'esperienza di maternità è solo sfiorato dall'inchiesta in esame, ma i dati raccolti suggeriscono la necessità di una particolare attenzione in merito.

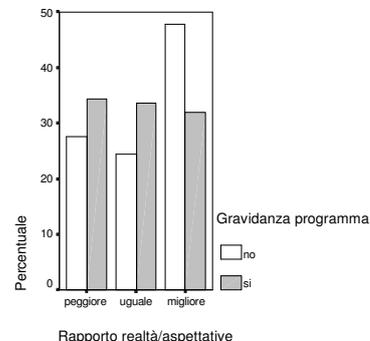
La scala EGO del questionario *pre partum* prevede due items relativi all'allattamento, che sono però risultati poco discriminanti in tema di ansietà in

Tab.22

		Rapporto realtà/aspettative			Totale
		peggiore	uguale	migliore	
Gravidanza programmata	no	27,7%	24,5%	47,9%	n=94
	si	34,4%	33,6%	32,0%	n=125
Totale		31,5%	29,7%	38,8%	n=219

(chi quadro=5,764; df=2; sig.=,056)

Fig.22



gravidanza. Le gestanti hanno comunque dimostrato di avere le idee chiare riguardo al tipo di allattamento scelto: l'87,6% si dichiara "molto" o "abbastanza" sicura di cosa fare. In particolare, le primigravide si dimostrano più "spavalde" nel sentirsi "molto" sicure (48,3% Vs

Tab.23

		Gravidanza programmata ?	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Fattore ansietà affettiva	no		-,1311	,8289	,1363
	si		,2743	1,1744	,2076
Fattore ansietà anticipativa	no		-,3152	,9288	,1527
	si		,1685	1,2022	,2125
Somma Items 01_34	no		21,14	7,79	1,28
	si		26,88	10,18	1,80
Somma 24 items	no		17,95	6,56	1,06
	si		23,00	8,74	1,55

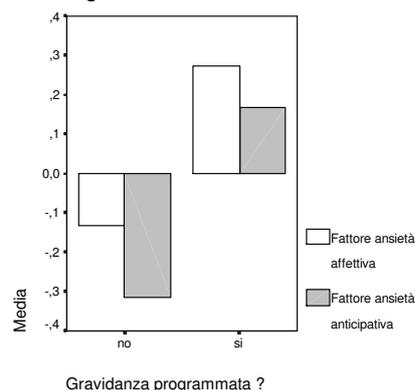
Fattore ansietà affettiva: t=-1,632; df=54,718; sig.=,108

Fattore ansietà anticipativa: t=-1,883; df=67; sig.=,064

Somma items 01-34: t=-2,649; df=67; sig.=,010

Somma 24 items: t=-2,759; df=68; sig.=,007

Fig.23



30%) rispetto alle altre.

Alla domanda "Sarà piacevole allattare il bambino?", le risposte si concentrano su "molto" (86,8%) ed "abbastanza" (13,2%), ma sono ancora le primigravide ad essere più convinte (il 95% risponde "molto"). Forse l'entusiasmo più cautelato delle plurigravide è giustificato dalla consapevolezza dei problemi che, in qualche caso, possono insorgere.

Alle puerpere è stato chiesto che tipo di allattamento hanno scelto, e per il 92,8% si tratta dell'allattamento naturale; solo un 3% ha optato volontariamente per il latte in formula. La restante parte (3,8%) lamenta di "non aver potuto" allattare, mentre un solo soggetto dichiara di "essere stata convinta" ad allattare al seno.

Questi numeri rendono difficile controllare l'ipotesi che l'allattamento artificiale sia più praticato da donne che non hanno programmato la gravidanza (Grifol et al., 1995); per quel che valgono le opinioni di soli otto soggetti, cinque di questi

scelgono l'allattamento in formula pur avendo programmato la gravidanza.

Il problema su cui riflettere si accentra in quella parte della subscale di soddisfazione (vedi 7.2.5) riferita ai primissimi giorni di vita del bambino. Essa è stata costruita tenendo conto dei fattori ritenuti a monte del successo nell'allattamento (Buxton et al., 1991):

- a) la confidenza nella propria "abilità"
- b) la qualità della "prima esperienza"
- c) la certezza della decisione presa
- d) le informazioni ricevute

Riguardo al punto c) abbiamo visto che le gestanti del corso, specie se primipare, sanno già cosa fare. Però all'atto pratico:

- il 6,9% delle primipare ed il 12,6% delle pluripare è soddisfatto poco o per nulla delle informazioni ricevute
- il 20% delle primipare e l'8,3% delle pluripare è soddisfatto poco o per nulla della propria abilità nell'allattare
- il 15,6% delle primipare e l'11,6% delle pluripare è soddisfatto poco o per nulla della "prima volta" che ha allattato il bambino.

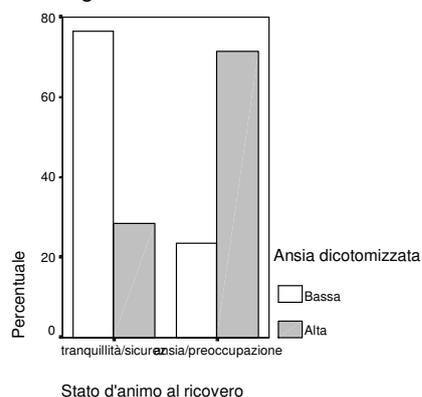
Queste percentuali, che come evidente sono il contropiede di una netta maggioranza di puerpere soddisfatte, raccolgono in sé i giudizi meno positivi di tutta l'inchiesta. Visto che l'assistenza nella fase precedente il parto ha ottimi indici di soddisfazione, è chiaro che il miglioramento della qualità complessiva del servizio va perseguito nel *post partum*.

Tab.24

		Ansia dicotomizzata		Totale
		Bassa	Alta	
Stato d'animo	tranquillità/sicurezza	72,2%	27,8%	n=36
	ansia/preoccupazione	24,2%	75,8%	n=33
Totale		49,3%	50,7%	n=69

(chi quadro=15,858; df=1; sig.=,000)

Fig.24



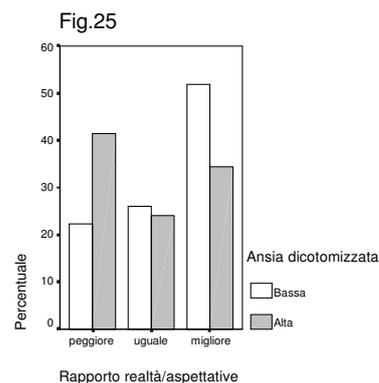
Cap. 8° "Confronto tra pre e post partum"

8.1) Introduzione

Tab.25

		Rapporto realtà/aspettative			Totale
		peggiore	uguale	migliore	
Ansia dicotomizzata	Bassa	22,2%	25,9%	51,9%	n=27
	Alta	41,4%	24,1%	34,5%	n=29
Totale		32,1%	25,0%	42,9%	n=56

(chi quadro=2,599; df=2; sig.=,273)

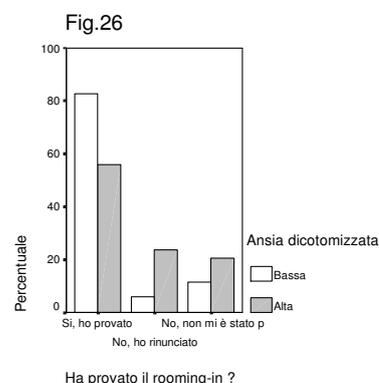


Per andare oltre il rilevamento di dati ex post facto, è necessario valutare se il "Questionario per gestanti" possa essere utile, quale contributo anamnestico di semplice utilizzo. Si tratta di seguire una procedura che, pur senza controllo delle variabili, possa

Tab.26

		Ha provato il rooming-in ?			Totale
		Si, ho provato	No, ho rinunciato	No, non mi è stato possibile	
Ansia dicotomizzata	Bassa	82,9%	5,7%	11,4%	n=35
	Alta	55,9%	23,5%	20,6%	n=34
Totale		69,6%	14,5%	15,9%	n=69

(chi quadro=6,488; df=2; sig.=,039)



evidenziare elementi di correlazione tra prima e dopo il parto. I dati raccolti sono complessivamente già stati descritti; l'analisi è adesso limitata al subcampione dei soggetti che hanno compilato entrambi i questionari (n=71). Ho già tratteggiato il profilo della donna che partecipa ad un corso (vedi 7.3.4), ed il subcampione in esame non se ne discosta.

8.2) Ipotesi e verifiche

8.2.1) Effetti di una maggiore o minore soddisfazione lavorativa

La semplice variabile predisposta alla misura di quanto la gestante sia soddisfatta e gratificata dal proprio lavoro (vedi 6.1) è distribuita nel subcampione con una predominanza di valori medio-alti (Fig.21)

La principale implicazione di questo indice è che presenta una certa correlazione negativa con i problemi nel post partum (vedi 7.2.4). In sostanza le donne più soddisfatte tendono ad ottenere

punteggi più bassi sia nelle problematiche orientate al bebè ($r=-,247$; Sig.=,049), sia in quelle orientate a sé ($r=-,253$; Sig.=,044). In termini statistici più rigorosi (in quanto la variabile non presenta caratteristiche da distribuzione normale), la correlazione più consistente è quella con i problemi "orientati a sé" (ρ di Spearman=-,259; sig.=,05)

8.2.2) Implicazioni di un congedo lavorativo precoce

E' stato notato che l'interruzione precoce dell'attività lavorativa sia consueta in donne che non hanno "desiderato" la gravidanza (Grifol et al., 1995). In analogia si nota una differenza di un mese (3,8 settimane) tra chi ha programmato, che in media dichiara di essere in congedo da 7,5 settimane, e chi non (media=11,3 settimane). Il t-test ($t=1,586$; $df=46$; sig.=,12) non è

Tab.27 -ANOVA

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fattore corso/manuali/amici/etc.	Fra gruppi	29,216	2	14,608	16,022	,000
	Entro gruppi	239,784	263	,912		
	Totale	269,000	265			
Fattore ginecologo/marito	Fra gruppi	11,142	2	5,571	5,682	,004
	Entro gruppi	257,858	263	,980		
	Totale	269,000	265			

significativo.

8.2.3) Il vissuto della maternità "programmata"

Dalle risposte dell'intero campione di puerpere della ricerca risultano alcuni spunti interessanti:

- la quota di parti cesarei a seguito di gravidanze non programmate è del 21,6%, contro il 26,4% di quelle programmate
- le donne con gravidanze programmate riferiscono uno "stato d'animo al momento del ricovero" un po' più sbilanciato verso l'ansia/preoccupazione
- il rapporto realtà/aspettative è significativamente migliore per chi non ha programmato la gravidanza

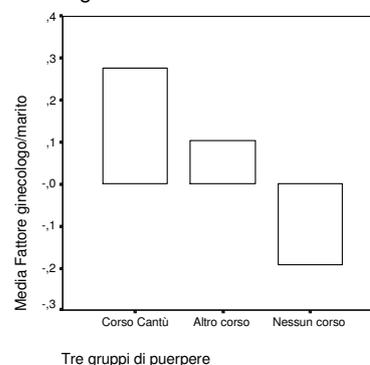
Tab.27a -Fattore ginecologo/marito

Tre gruppi di puerpere		N	Sottoinsieme per alfa = ,05	
			1	2
Student-Newman-Keuls	Nessun corso	135	-,1927	
	Altro corso	60	,1053	,1053
	Corso Cantù	71		,2774
	Sig.		,059	,276

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.

(tab.22)

Fig.27



Tab.28 -ANOVA

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fattore interno/instabile	Fra gruppi	3,511	2	1,756	1,690	,187
	Entro gruppi	263,789	254	1,039		
	Totale	267,300	256			
Fattore esterno/instabile	Fra gruppi	5,282	2	2,641	2,573	,078
	Entro gruppi	260,644	254	1,026		
	Totale	265,925	256			
Fattore esterno/stabile	Fra gruppi	6,657	2	3,329	3,234	,041
	Entro gruppi	261,415	254	1,029		
	Totale	268,072	256			
Fattore interno/stabile	Fra gruppi	,198	2	9,920E-02	,094	,910
	Entro gruppi	268,588	254	1,057		
	Totale	268,786	256			

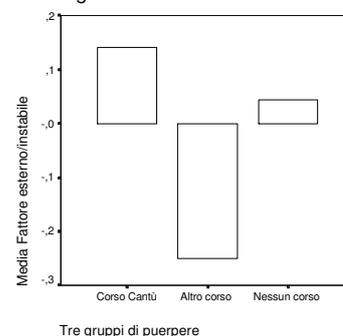
Questi dati sono orientati nella stessa direzione. Verifichiamo (Tab.23) se la maggiore "difficoltà" della gravidanza programmata abbia dei prodromi già a livello di gestazione.

Tab.28a -Fattore esterno/instabile

Tre gruppi di puerpere		N	Sottoinsieme per alfa = ,05	
			1	2
Student-Newman-Keuls	Altro corso	58	-,2495	
	Nessun corso	128	4,386E-02	4,386E-02
	Corso Cantù	71		,1420
	Sig.		,073	,549

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.

Fig.28a



Appare evidente che i soggetti con gravidanza non programmata manifestano valori inferiori di ansietà:

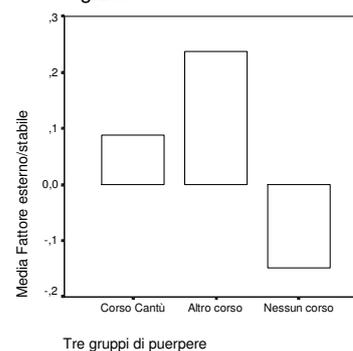
- l'ansietà di tipo affettivo caratterizza di più le gravidanze programmate (differenziale=,40)
- l'ansietà anticipativa è sensibilmente inferiore nelle

Tab.28b -Fattore esterno/stabile

Tre gruppi di puerpere		N	Sottoinsieme per alfa = ,05	
			1	2
Student-Newman-Keuls	Nessun corso	128	-,1480	
	Corso Cantù	71	8,917E-02	8,917E-02
	Altro corso	58		,2383
	Sig.		,148	,363

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.

Fig.28b



gravidanze non programmate (differenziale=,48)

- i due indici complessivi di ansietà, sia quello relativo all'EGQ completo (34 items) sia quello dell'EGQ "ristretto" (24 items), evidenziano lo iato anche in termini di somma dei punteggi. La differenza è massima per l'indice "ristretto" (5,05 punti).

La significatività dei dati è apprezzabile.

Si può quindi affermare che la grande risorsa di cui oggi le coppie dispongono, ovvero la possibilità di pianificare razionalmente la maternità, contribuisca a complicarne la qualità complessiva.

Tab.29 -ANOVA

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fattore orientato al bebè	Fra gruppi	3,256	2	1,628	1,354	,260
	Entro gruppi	306,639	255	1,203		
	Totale	309,895	257			
Fattore orientato a sé	Fra gruppi	17,688	2	8,844	7,378	,001
	Entro gruppi	305,652	255	1,199		
	Totale	323,341	257			

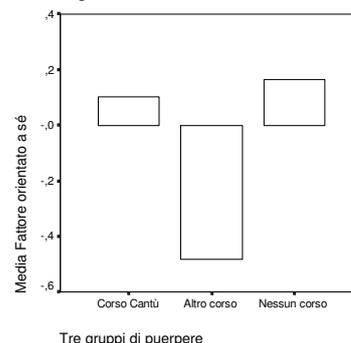
8.2.4) Modelli di identità ed esperienza di

Tab.29a -Fattore orientato a sé

Tre gruppi di puerpere		N	Sottoinsieme per alfa = .05	
			1	2
Student-Newman-Keuls	Altro corso	58	-,4813	
	Corso Cantù	71		,1033
	Nessun corso	129		,1646
	Sig.		1,000	,728

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.

Fig.29



parto

Abbiamo già accertato un legame tra *fattore performativo* ed *ansietà affettiva* (vedi 6.3.3). L'esistenza dei due modelli (*performativo* e *tradizionalista*) si è rivelata utile da un punto di vista descrittivo, ma non è particolarmente correlata con gli eventi legati al parto. Ciò non sorprende, se si considera che i

d u e
f a t t o r i
c o p r o n o
i l 38,6%
v a r i a n z a
d a t i

Tab.30 -ANOVA

		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
Fattore pre-parto F1	Fra gruppi	1,336	2	,668	,524	,593
	Entro gruppi	323,807	254	1,275		
	Totale	325,143	256			
Fattore generale F2	Fra gruppi	15,741	2	7,870	6,454	,002
	Entro gruppi	309,723	254	1,219		
	Totale	325,464	256			
Fattore primi giorni F3	Fra gruppi	,833	2	,417	,326	,722
	Entro gruppi	325,061	254	1,280		
	Totale	325,894	256			

s o l o
d e l l a
d e i

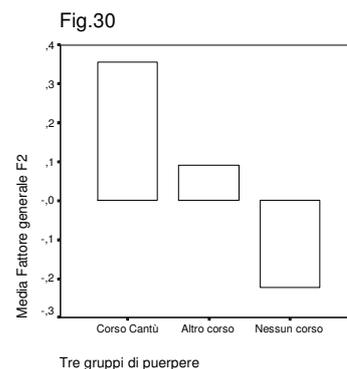
complessivi.

Un elemento significativo però concerne il *rooming-in*: in coloro che optano per questo servizio il fattore

Tab.30a -Fattore generale F2

Tre gruppi di puerpere		N	Sottoinsieme per alfa = .05	
			1	2
Student- Newman- Keuls	Nessun corso	128	-,2238	
	Altro corso	59	9,068E-02	9,068E-02
	Corso Cantù	70		,3557
	Sig.		,078	,137

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.



performativo è sensibilmente inferiore ($t=1,862$; $df=28,7$; $sig.=,07$); la differenza sul fattore tradizionalista, seppure solo tendenziale, conferma il dato precedente. Quindi è lecito attendersi che una donna "performativa" voglia il meglio per il bambino al minor "costo", ovvero preferisca che sia il nido a curarsene.

8.2.5) Conseguenze del livello di ansietà pre partum

In termini di correlazione (r di Pearson) si può dire che:

- L'indice di ansietà pre partum ha una relazione lineare positiva con i problemi "orientati a sé" nel puerperio ($r=,278$; $Sig.=,02$); relazione negativa invece con l'indice di soddisfazione dei "primi giorni" ($r=-,263$; $Sig.=,03$).

Se ne deduce che il soggetto più ansioso può risultare meno proteso al bambino e/o più problematico rispetto all'allattamento.

- Il legame tra ansietà e problemi orientati a sé va ascritto in particolare all'ansia "affettiva" ($r=,323$; $Sig.=,007$), che si caratterizza per una relazione negativa col fattore attribuzionale "interno-stabile" ($r=-,354$; $Sig.=,003$).

Questo significa che un soggetto poco istintivo (o molto caratteriale) tende a percepire di più i "propri" problemi.

- La parte di correlazione tra ansietà e "primi giorni" va attribuita alla componente "anticipativa" ($r=-,280$; $Sig.=,02$).

Vale a dire che un soggetto insicuro delle proprie capacità di cura ha più probabilità di vivere con disagio l'impatto col bambino.

Il dato sulla maggiore diffusione dell'ansia anticipativa (vedi 6.3.2), probabilmente concorre a rendere meno buoni gli indici di soddisfazione per i "primi giorni". Appare chiaro che al centro del problema c'è l'allattamento. E' a mio avviso evidente che un buon corso di preparazione al parto debba dedicare particolare attenzione anche al dopo-parto.

L'indice di ansietà è stato "dicotomizzato" in funzione della mediana (vedi 5.3) e confrontato con il livello di ansia al ricovero riferito dai soggetti; il risultato è molto convergente e significativo (Tab.24).