

Partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e riduzione dei tagli cesarei: uno studio preliminare

Daniela Cantone*, Annamaria Lombardi**
Nataschia Rizzo**, Alida Giuseppa Labella*

Riassunto

Il ricorso al taglio cesareo, in Italia, è cresciuto vertiginosamente negli ultimi trenta anni fino a raggiungere un'incidenza del 38,4% sul totale dei parti. La maglia nera spetta alla regione Campania con un tasso pari al 62,2%. I piani sanitari nazionali e regionali, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, orientano verso una riduzione di tale pratica da raggiungersi anche attraverso il potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita. Il nostro studio si propone di valutare l'incidenza di variabili socio-demografiche, ostetriche e psicologiche sul tipo di parto e verificare l'efficacia della partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita multidisciplinare ed integrato, implementato nella ASL di Caserta, in Campania, nel contrastare il ricorso al taglio cesareo. Nella nostra indagine, effettuata su un campione di 219 donne, il ricorso al TC non appare giustificato da fattori clinici di rischio, in linea con le evidenze della letteratura: le variabili socio-demografiche ed ostetriche considerate non differiscono nei due gruppi di partorienti (con parto spontaneo e con parto cesareo) confermando l'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita che contraddistingue il nostro paese. Abbiamo, invece, riscontrato una differenza significativa tra i due gruppi di partorienti relativamente ad alcune caratteristiche psicologiche che potrebbero avere un ruolo nel determinare le scelte relative al parto. Infine, i nostri dati confermano l'efficacia della partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita nel

* Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli

** Area Dipartimentale delle Attività Psicologiche ASL Caserta

Corrispondenza: Daniela Cantone, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, Via Vivaldi 43, 81100 Caserta.

contrastare il ricorso al taglio cesareo. Nel nostro studio, la partecipazione al corso ha ridotto dell'8,0% rispetto al tasso regionale e dell'8,7% rispetto al tasso territoriale il numero di parti con taglio cesareo.

Parole chiave: corsi di accompagnamento, parto cesareo.

Abstract

In the last thirty years the caesarean rate in Italy has dramatically increased; it accounts for 38,4% of the total childbirths. Campania has the highest percentage of birth by caesarean section with a rate equal to 62.2%. According to WHO recommendations, the national and regional health plans encourage to reduce this practice also by promoting courses for training to the birth. Our study aims to value the impact of socio-demographic, obstetric and psychological variables on the method of delivery and to value the efficacy of participation to multidisciplinary and integrated birth-training, implemented by the local health authority of the municipality of Caserta to contrast the resort to caesarean section. Our sample consisted in 219 pregnant women, which we followed up to the time of delivery: our data show that clinical risk factors did not justify the option for caesarean section: socio-demographic and obstetric variables did not differ in two sub-groups of new mothers (with vaginal delivery and caesarean delivery), confirming the *over-medicalization* of pregnancy and birth in our country. As regards some psychological features that could have a role in the choices for delivery, we found a significant difference into the two sub-groups. In the end, our data confirm the efficacy to take part in a birth-training course to limit the resort to caesarean section. This has reduced the number of caesarean deliveries by 8,0% and 8,7% compared to regional and territorial rates.

Key words: courses for training to birth, caesarean rate.

Résumé

Le recours aux césariennes en Italie est augmenté vertigineusement dans les dernières trente années jusqu'à rejoindre un taux du 38,4% sur le total des accouchements. Le taux plus haut est de la région Campania avec un taux de 62,2%. Le plans sanitaires national et de les régions, en ligne avec le recommandations de l'OMS, s'orientent vers la réduction de cette pratique. Pour

obtenir ce résultat on augmenté l'offre des cours pour la préparation à la naissance. Nous avons fait une étude dont nous proposons de valuer l'incidence des variables socio démographiques, obstétriciennes et psychologiques sur le genre d'accouchement et vérifier l'efficace de la participation aux cours de préparation à la naissance multidisciplinaires et intégrés qui ont été organisés par l'Assistance territoriale de Caserta en Campania pour contraster le recours aux césariennes. Dans notre enquête, effectuée sur un échantillon de 219 femmes, le recours aux opérations césariennes apparaît qui il n'est pas justifiées par des facteurs cliniques de risque pour santé de la mère et du nouveau-né, considéré aussi par la littérature scientifique: les variables socio -démographique et obstétriciennes considérées ne se différent pas dans les deux groupes de femmes qui ont accouché (avec accouchement naturel ou avec césarienne). Nous pouvons confirmer l'excessif abus d'opérations pour la naissance qui marquent notre pays. En fait, nous avons relevé une différence significative entre le deux groupes de femmes accouchées relativement à certains traits psychologiques qui pourrait avoir un rôle dans le choix relatif au accouchement. Enfin, nos résultats confirment l'efficace des courses de préparation à la naissance pour contraster le recours aux opérations de césariennes. Avec cette étude, on a relevé que la participation des mères aux courses a réduit du 8,0% par rapport au taux régional et du 8,7% par rapport au taux territorial le numéro des accouchements avec césarienne.

Mots-clés: cours prénatales, accouchements césarienne.

• Introduzione

Nel 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò le raccomandazioni sull'evento nascita indicando come ottimale per la salute della madre e del neonato un tasso di parti con taglio cesareo (TC) non superiore al 15%. Questa raccomandazione viene sistematicamente disattesa nel nostro paese dove l'incidenza di TC raggiunge il 38,4%. La variabilità territoriale è ampia, con le percentuali più alte nelle regioni del Sud ed in particolare in Campania: qui il TC riguarda addirittura il 62,2% dei parti (SDO, 2009). Poiché tassi così elevati non appaiono giustificati da una maggiore frequenza di condizioni cliniche per le quali questa procedura costituisce una scelta obbligata (EURO-PERISTAT,

2004), per tentare di comprendere il fenomeno nel nostro territorio occorre valutare il contributo svolto da altri fattori.

Alcuni autori indicano che all'aumentare dell'età materna aumenta il rischio di partorire mediante TC (Gordon, Milberg, Daling, & Hickok, 1991; Scioscia et al, 2008), tuttavia indagini epidemiologiche nazionali documentano un tasso di cesarei superiore al 30% anche per le donne con meno di 25 anni (ISTAT, 2006). Partorire in una struttura privata, soprattutto se alla prima gravidanza, comporta un rischio doppio di subire un TC (Porreco, 1985; Hurst & Summey, 1984; Haynes De Regt, Mirkoff, Feldman & Schwarz, 1986) e questa evidenza si conferma anche nel nostro paese dove la percentuale di TC nelle strutture private raggiunge il 56,9% (ISTAT, 2006), a dispetto della quota maggiore di parti a basso rischio ostetrico riscontrata in queste strutture. Anche un pregresso TC costituisce in Italia un fattore di rischio elevatissimo (94,2% dei parti in donne già cesarizzate), malgrado l'Organizzazione Mondiale della Sanità non consideri necessario ripetere un TC di routine nelle donne già cesarizzate. Questo rischio riguarda soprattutto donne con livelli di istruzione e professionali medio alti, che partoriscono in strutture private del Sud e che sono seguite da un ginecologo privato. Il TC viene generalmente eseguito senza indicazioni di urgenza (65,2% nel 2008; Arsieri, Esposito, Pugliese, Saporito & Triassi, 2010), per effetto di aspetti culturali che lo assimilano ad una modalità elettiva di nascita (Donati et al., 1999). In generale, le ostetriche sembrano meno inclini dei ginecologi a ritenere che il TC apporti benefici maggiori alle donne e che vada ripetuto inevitabilmente in quelle già cesarizzate (Habiba et al., 2006; Monari, Di Mario, Facchinetti, & Basevi, 2008; Latham & Norwitz, 2009). Inoltre, i ginecologi, nell'assecondare la richiesta materna di TC, sembrano più spesso guidati da timori di controverse legali e carenze strutturali ed organizzative che da motivazioni medico-cliniche. Alcuni studi associano tale richiesta alla paura del travaglio e del parto in donne con problemi psicologi-

ci e/o psichiatrici o con precedenti esperienze negative di parto (Halvorsen, Nerum, Øian, & Sørli, 2008; Mancuso et al., 2008; Tschudin et al., 2009a, 2009b; Tollånes, 2009; Stjernholm, Petersson, & Eneroth, 2010). Un'ampia proporzione di ginecologi sostiene che siano molte le donne che chiedono un TC in assenza di indicazioni mediche ma questa affermazione non è confermata da evidenze scientifiche, (McCourt et al., 2007). Sembra, invece, che nessuna donna chieda il TC in assenza di quelle che lei stessa considera indicazioni cliniche e/o psicologiche e le poche che lo fanno sono spinte soprattutto dalla paura che il parto possa danneggiare loro stesse o il bambino, o dalla convinzione che tale procedura sia più sicura per il bambino (Weaver, Statham & Richards, 2007). Numerosi studi ed indagini epidemiologiche confermano la netta preferenza delle donne, anche quelle cesarizzate, per il parto spontaneo rispetto al parto cesareo (Gamble & Creedy 2000; Coleman, Lawrence & Schulkin 2009; Donati, Grandolfo & Andreozzi, 2003; ISTAT 2006).

A fronte di questi fattori di rischio per il ricorso al taglio cesareo, costituiscono fattori protettivi la partecipazione ad un corso di preparazione al parto (oggi corsi di accompagnamento alla nascita), il partorire in strutture pubbliche e l'essere assistita dal consultorio familiare o da un ostetrica, specie laddove le pratiche della struttura sanitaria consentano alla donna di mettere in atto durante il travaglio e il parto le competenze acquisite (Baglio, Spinelli, Donati, Grandolfo & Osborn 2000; Grandolfo Donati, & Giusti, 2005). Partorisce con TC il 27,6% delle donne che frequentano un corso di preparazione al parto contro il 41,5% che non vi partecipa (ISTAT, 2006). L'efficacia dei corsi è probabilmente connessa alla loro capacità di migliorare la consapevolezza delle donne accrescendone la competenza nel prendere decisioni al momento del parto ma quelle che vi partecipano rappresentano una categoria selezionata di partorienti, già fortemente orientata verso il parto naturale (Donati *et al.*, 1999; 2001). Si tratta generalmente di donne con più di trenta anni, con un ti-

tolo di studio secondario, occupate, primipare e con decorso fisiologico della gravidanza. Ne risultano escluse proprio le fasce meno protette e potenzialmente più a rischio (Grandolfo Donati, & Giusti, 2005, 2005).

• Obiettivi della ricerca

Il presente studio si propone i seguenti obiettivi:

1. descrivere le caratteristiche socio-demografiche, ostetriche e psicologiche (stile di attaccamento, attitudini parentali, caratteristiche di personalità) di un campione di donne gravide che frequenta un corso di preparazione al parto;
2. valutare l'efficacia della partecipazione al corso nel ridurre il ricorso al taglio cesareo;
3. valutare l'incidenza di caratteristiche socio-demografiche, ostetriche e psicologiche sul tipo di parto (spontaneo vs cesareo).

• Strumenti e metodi

La ricerca si è svolta presso tre Consultori familiari (Caserta 2, Casagiove, San Nicola La Strada) della ASL di Caserta (ex Caserta 1). Il campione, composto di 219 soggetti, è stato reclutato inserendo donne al sesto mese di gravidanza, che hanno avuto accesso ad uno dei corsi erogati dal dicembre 2007 al dicembre 2009, e che si sono assentate per non più di due incontri sul totale di quelli previsti. Il Corso di assistenza alla gravidanza, al parto e alla genitorialità, implementato nella Unità Operativa Materno-Infantile (UOMI) del Distretto n°12 della ASL Caserta, si articola in tredici incontri, divisi in una parte teorica ed una pratico-esperenziale, a cadenza settimanale e della durata di tre ore ciascuno. Ogni incontro è condotto da uno o due membri dell'équipe multidisciplinare (ostetrica, psicologa, ginecologo e pe-

diatra) alla presenza di una psicologa con funzione di osservatore che, con riferimento al modello dell'osservazione non partecipante di E. Bick (1972), rileva le dinamiche emotive e relazionali del gruppo e ne discute, successivamente agli incontri, con la psicologa dell'equipe.

La parte pratico-esperenziale, affidata all'ostetrica e prevista in sette incontri, riguarda la preparazione al travaglio ed al parto attraverso esercizi corporei derivanti dall'approccio funzionale (Bovo & Duguid 1992; Bovo, 2000). La parte teorica è affidata, di volta in volta, ad un membro dell'equipe. I temi affrontati sono: le modificazioni corporee, la fisiologia del travaglio e del parto, il dolore, la fisiologia del puerperio; le caratteristiche e dinamiche del parto vaginale e distocico; gli aspetti psicologici della gravidanza (emozioni, fantasie, aspettative connesse alla gravidanza, al parto e all'acquisizione del futuro ruolo genitoriale) e del post partum (con particolare riferimento alla conoscenza dei principali quadri sintomatologici che possono comparire in questa fase); la fisiologia perinatale, l'allattamento al seno, i principi alimentari generali per il periodo della gravidanza e della lattazione; la conoscenza dei principali segnali-sintomo del neonato; la relazione triadica e lo sviluppo psicologico del bambino nel primo anno di vita. Sono previsti, infine, una visita delle gestanti, accompagnate dall'ostetrica, presso un punto nascita ospedaliero territoriale, un incontro con le future coppie genitoriali condotto congiuntamente dalla psicologa e dall'ostetrica e, a tre mesi dal parto, un incontro di narrazioni sul parto e sul rientro a casa da parte delle neomamme. Il numero delle partecipanti previsto per ciascun corso varia da un minimo di otto ad un massimo di dodici persone. Il corso è pubblicizzato attraverso manifesti affissi nelle strutture dell'ASL ma la maggior parte delle donne ne viene a conoscenza da altre partecipanti o ex-partecipanti.

La ricerca ha previsto, in una prima fase, la raccolta dei dati socio-demografici, ostetrici, e psicologici (stile di attaccamento, attitudini parentali e caratteristiche di personalità).

Nella seconda fase i dati raccolti sono stati sottoposti ad

un'analisi statistica con l'ausilio del programma SPSS (Statistical Package for Social Science). Sono stati effettuati l'analisi descrittiva (per le frequenze, la media e la deviazione standard), il Chi-quadrato di Pearson e il test per ranghi di Kruskal-Wallis.

Per la rilevazione dei dati psicologici sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

1. Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994);
2. Relationship Questionnaire (RQ) di Bartolomew e Horowitz (1991);
3. Parental Bonding Instrument (PBI) di Parker, Tupling, Brown (1979);
4. Adjective Check List (ACL) di Gough, Heilbrum e Fioravanti (1980).

L'Attachment Style Questionnaire (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994) è un questionario auto-somministrato finalizzato alla valutazione delle differenze individuali nell'attaccamento adulto. È composto da 40 item, valutati su una scala tipo Likert a sei punti da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente d'accordo), assegnati a cinque scale: Fiducia, Disagio per l'intimità, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni e Secondarietà delle relazioni. Fiducia riflette uno stile di attaccamento sicuro; Disagio per l'intimità coincide con la concettualizzazione dell'attaccamento evitante di Hazan e Shaver (1987); Bisogno di approvazione corrisponde agli stili di attaccamento timoroso e preoccupato di Bartolomew (1990), ed indica il bisogno di accettazione e conferma da parte degli altri; Preoccupazione per le relazioni descrive la tendenza ansiosa e dipendente nelle relazioni ed è sovrapponibile allo stile ansioso/ambivalente di Hazan e Shaver (1987); infine, Secondarietà delle relazioni riflette il concetto di attaccamento distanziante (dismissing) di Bartolomew (1990). Qui è usato nella versione italiana di Fossati et al. (2003).

Il Relationship Questionnaire (Bartholomew & Horowitz, 1991) è uno strumento self report che propone al soggetto

quattro auto-descrizioni, ognuna delle quali sintetizza gli aspetti salienti di uno specifico stile di attaccamento. Gli autori hanno proposto un sistema di classificazione dell'attaccamento a quattro categorie che risultano dalla combinazione di una specifica immagine di sé e degli altri positiva o negativa. I tipi individuati sono: attaccamento sicuro (*secure*) che implica un'immagine positiva sia di sé che degli altri; attaccamento preoccupato (*preoccupied*) che deriva da un'immagine negativa di sé e un'immagine positiva degli altri e corrisponde allo stile ambivalente descritto da Hazan e Shaver (1987); attaccamento timoroso (*fearful*) frutto della combinazione di un'immagine negativa sia di sé che degli altri; attaccamento evitante di tipo distaccato/svalutante (*dismissing*) che deriva dalla combinazione di un'immagine positiva di sé e un'immagine negativa degli altri. Nell'utilizzazione categoriale, adottata nel presente studio, al soggetto viene chiesto in quale della quattro descrizioni si riconosce maggiormente.

Il Parental Bonding Instrument è un questionario di autovalutazione messo a punto da Parker, Tupling e Brown (1979) per valutare la percezione di un individuo a proposito delle proprie relazioni con i genitori durante l'infanzia. Si compone di due schede, una riguardante la relazione con il padre ed una quella con la madre. Dodici voci valutano la dimensione *cura*, che implica un atteggiamento affettuoso ed empatico, i restanti tredici item la dimensione *protezione*, che implica comportamenti di controllo e costrizione.

Il punteggio viene assegnato secondo una scala Likert con valori da 0 a 3 per ogni affermazione, per cui il punteggio totale ha un range di 0-36 per gli items della cura e di 0-39 per quelli della protezione. Dalla combinazione dei punteggi relativi alle due dimensioni si possono ottenere quattro pattern di comportamento e di stile affettivo genitoriale: bassa cura/bassa protezione (*neglectful parenting*), bassa cura/alta protezione (*affectionless control*), alta cura/bassa protezione (*optimal parenting*), alta cura/alta protezione (*affectionate constraint*).

L'Adjective Check List (Gough, Heilbrum & Fioravanti, 1980) è un elenco di 300 aggettivi qualificativi che fornisce un'auto-descrizione del soggetto. Gli aggettivi, distribuiti in 37 scale, misurano vari aspetti e comprendono una gamma sufficientemente esaustiva delle caratteristiche di personalità. Le scale offrono una panoramica completa della percezione dei bisogni e delle necessità, delle relazioni parentali, dell'autostima, dell'identità di genere, dell'atteggiamento di attività o di passività fino all'originalità e l'intelligenza. I punteggi ottenuti vengono convertiti in punteggi standard con media 50 e deviazione standard 10.

• Risultati

Il campione è costituito da 219 gestanti con un'età media di 31,48 anni (DS = 4,21), prevalentemente coniugate, con un livello di istruzione medio alto ed occupate (tabella 1).

Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=219)

Stato civile	Titolo di studio	Condizione lavorativa	Sede del corso, frequenza e distribuzione delle partecipanti
coniugata 85,84% (N=188)	licenza media inferiore 9,13% (N=20)	occupata 72,60% (N=159)	Caserta 2 38,81% (N=85)
non coniugata 13,70 (N=30)	licenza media superiore 44,75% (N=98)	non occupata 27,40% (N=60)	San Nicola La Strada 26,94% (N=59)
	laurea 46,12% (N=101)		Casagiove 34,25% (N=75)

Il 51,6% (N=113) è primipara; solo il 24,6% (N=54) presenta un almeno un aborto in anamnesi; le gravidanze pregresse sono 93 (42,4%), di cui 71 concluse con TC. Il tasso di gravidanze fisiologiche è pari al 76,2% (N=167), le gravidanze a rischio so-

no il 13,7% (N=30). Per quanto riguarda l'assistenza ricevuta, 114 donne (52,0%) sono state seguite da un ginecologo ospedaliero in attività intramoenia, 97 (44,3%) da un ginecologo privato, 8 (3,7%) da un ginecologo del consultorio e nessuna dall'ostetrica.

La struttura pubblica è il luogo scelto per il parto dal 48,4% (N=106) dei soggetti, la struttura privata dal 45,2% (N=99). Il 47,9% delle gravidanze (N=105) si è conclusa con un parto spontaneo, il 52,0% (N=114) con parto cesareo. Delle 71 donne pluripare già cesarizzate solo 36 (50,7%) hanno ripetuto il TC nell'attuale gravidanza.

Relativamente alle dimensioni psicologiche, il 55,2% del campione (N=121) mostra fiducia nelle relazioni, il 43,8% (N=96) un stile di attaccamento sicuro, il 44,0% (N=97) una genitorialità materna ottimale e il 32,7% (N=72) una genitorialità paterna ottimale (tabella 2).

Tabella 2: Stili di attaccamento e caratteristiche del legame genitoriale del campione

ASQ	RQ	PBI
fiducia 55,25% (N=121)	sicuro (secure) 43,84% (N=96)	repressione affettiva (affectionate constraint) padre 28,18% (N=62) madre 23,64% (N=52)
disagio per l'intimità 2,28% (N= 5)	evitante di tipo distaccato/svalutante (dismissing) 19,63% (N=43)	controllo dell'affettività (affectionless control) padre 20,45% (N=45) madre 18,18% (N=40)
bisogno di approvazione 2,73% (N=6)	preoccupato (preoccupied) 23,29% (N=51)	genitorialità ottimale (optimal parenting) padre 32,73% (N=72) madre 44,09% (N=97)
invischiamento 32,42% (N=71)	timoroso (fearful) 13,24% (N=29)	genitorialità negligente (neglectful parenting) padre 13,18% (N=29) madre 12,73 (N=28)
secondarietà delle relazioni 7,30% (N=16)		

I punteggi emersi alle scale dell'ACL rientrano nei valori medi per la popolazione generale e non indicano alcuna caratteristica di personalità specifica del campione nel suo complesso.

Il tasso di parti con TC del nostro campione appare significativamente più basso sia di quello rilevato a livello regionale che a livello territoriale dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) relativi al 2008 (Arsieri, Esposito, Pugliese, Saporito & Triassi, 2010). La partecipazione al corso ha ridotto il ricorso al taglio cesareo dell'8,7% rispetto al valore territoriale e del 8,0% rispetto a quello complessivo della regione (tabella 3).

Tabella 3: Frequenza e percentuale del numero di parti cesarei (dati CedAP 2008)

	Campione ricerca	Asl Caserta (ex caserta 1)	Campania
parti cesarei	114 (52,0%)	1895 (60,7%)	33.287 (60,0%)
totale parti	219	3127	55.478
Campione ricerca vs Asl Caserta $\chi^2 = 6,41$ $p = 0,04$ Campione ricerca vs Campania $\chi^2 = \text{chi } 5,74$ $p = 0,056$			

Le donne che hanno partorito con taglio cesareo (N=114) sono state considerate un sottogruppo di confronto per analizzare l'incidenza delle variabili considerate sul tipo di parto.

Non sono emerse differenze tra i due gruppi per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche e l'anamnesi ostetrica mentre, per quanto riguarda le caratteristiche psicologiche, abbiamo riscontrato una associazione significativa tra il ricorso al TC e le scale secondarietà delle relazioni dell'ASQ, bisogno di dominio e bisogno di mostrarsi deferente dell'ACL (tabella 4).

Tabella 4: Correlazioni variabili psicologiche vs parti cesarei

	Parti spontanei (N=105) rango medio	Parti cesarei (N=114) Rango medio	χ^2	df
Secondarietà delle relazioni (ASQ)	113,46	97,09	3,84*	1,00
Bisogno di dominio (ACL)	115,01	98,61	3,79*	1,00
Bisogno di mostrarsi deferente (ACL)	97,58	114,77	4,16**	1,00

*p = 0.05 **p = 0.04

• Discussione

Il nostro campione rientra, per caratteristiche socio-demografiche ed ostetriche, nella tipologia di donne che in Italia accedono ai corsi di preparazione al parto. Si tratta, infatti, soprattutto di donne di trenta o più anni, coniugate, occupate, con livelli di istruzione medio alti, primipare e con decorso fisiologico della gravidanza. Queste caratteristiche, tutte indicative di basso rischio ostetrico, ad eccezione dell'età, si riscontrano anche nel gruppo delle donne cesarizzate. Come in altri studi ed indagini epidemiologiche nazionali, anche nel nostro studio il ricorso al TC non sembra giustificato dalla presenza di fattori clinici di rischio. Questo risultato conferma l'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita che contraddistingue il nostro paese ed in particolare la Campania dove il TC viene programmato quasi sempre in assenza di condizioni cliniche e di urgenza. Le donne del nostro campione sono prevalentemente seguite da un ginecologo ospedaliero in attività in intramoenia e questo potrebbe spiegare la mancata incidenza del luogo del parto sul ricorso al TC riscontrata nel nostro campione, contrariamente a quanto rilevato a livello regionale (Arsieri, Esposito, Pugliese, Saporito & Triassi, 2010) dove la proporzione di nati da TC nei centri nascita privati è nettamente superiore (72%) di quella rilevata nelle strutture pubbliche (52,2%). Inoltre, nessuna donna del campione è assistita durante la gravidanza dall'ostetrica malgrado questa figura

abbia la competenza giuridica e la preparazione professionale per farlo. Le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità dimostrano che quando la nascita è presa in carico dai consultori familiari pubblici e dalle ostetriche, "si ha la maggiore esposizione alle pratiche raccomandate dalle conoscenze scientifiche disponibili e dalle norme attualmente vigenti e una minore esposizione a quelle non raccomandate" (Grandolfo, p. 5). Nel nostro campione, l'incontro con l'ostetrica avviene solo all'interno del corso e comunque ad uno stadio avanzato di gravidanza (sesto mese). Questo dato sembrerebbe spiegare, unitamente alla scelta quasi esclusiva di un'assistenza privata da parte delle nostre gravide, il maggior numero di parti cesarei rispetto ai parti spontanei riscontrato nel nostro campione, nonostante l'alto tasso di gravidanze fisiologiche.

Il fenomeno TC non è spiegabile in base alle caratteristiche delle partorienti. Le uniche variabili associate ad un maggiore ricorso al TC sono risultate il bisogno di mostrarsi deferente, il bisogno di dominio e la secondarietà delle relazioni. In particolare, il gruppo di donne che ha partorito con TC ottiene mediamente punteggi più bassi alle scale secondarietà delle relazioni e bisogno di dominio e punteggi più alti alla scala bisogno di mostrarsi deferente di coloro che partoriscono in modo naturale.

La secondarietà delle relazioni, sovrapponibile al concetto di attaccamento distanziante di Bartolomew (1990), descrive soggetti che evitano il coinvolgimento emotivo intenso, negano l'importanza delle relazioni e fanno affidamento esclusivamente su loro stessi. Il bisogno di dominio indica la tendenza a cercare e mantenere il ruolo di leader nel gruppo oppure assumere posizioni influenti e di controllo nelle relazioni individuali. Bassi punteggi si riscontrano in soggetti che mancano di sicurezza ed evitano le situazioni che implicano la necessità di imporsi. Il bisogno di mostrarsi deferente descrive la tendenza a ricercare e mantenere ruoli subordinati nelle relazioni con gli altri. Coloro che ottengono alti punteggi sono tipicamente pazienti, tendono ad evitare i conflitti e si mostrano accondiscendenti.

Il sottogruppo di donne cesarizzate sembrerebbe dunque

esprimere, in misura maggiore delle donne che hanno un parto spontaneo, caratteristiche (basso bisogno di dominio, alto bisogno di mostrarsi deferente) che le esporrebbero maggiormente al rischio di subire decisioni altrui, di non riuscire ad affermare la propria autonomia di scelta e di sviluppare una maggiore dipendenza proprio in una fase della vita in cui la potenza creativa si esprime al massimo e sarebbe auspicabile il loro coinvolgimento in processi di empowerment. I nostri dati metterebbero in evidenza, inoltre, che le donne che, per effetto del tipo di attaccamento prevalente (attaccamento distanziante, espresso da più alti punteggi alla scala secondarietà delle relazioni), si lasciano coinvolgere meno nella relazione con il medico che le assiste durante la gravidanza, siano maggiormente protette dal rischio di subire l'influenza dell'altro significativo nella relazione (in questo caso il ginecologo) e di rimanere passive di fronte all'indicazione di un taglio cesareo in assenza di condizioni cliniche. Queste donne, nel nostro studio, hanno terminato la gravidanza in misura maggiore con un parto spontaneo di quelle con bassi punteggi a questa scala.

Complessivamente, aver frequentato il corso si è rivelato efficace nel ridurre il ricorso al cesareo rispetto a quanto riscontrato a livello territoriale e regionale e questo assume, in una regione come la nostra dove il "fenomeno cesareo" ha da anni dimensioni allarmanti, una rilevanza considerevole. Dimostra che un modello di assistenza multidisciplinare integrata e standardizzata può accrescere la consapevolezza decisionale delle donne sul tipo di parto da affrontare e aiutarle a contrastare la tendenza diffusa dei ginecologi a consigliare o programmare un TC più per supplire a carenze organizzative e strutturali che per motivazioni cliniche. Un altro risultato interessante è rappresentato dal ripetersi del TC solo nel 50,7% delle donne pluripare già cesarizzate, soprattutto se confrontato con il valore rilevato a livello nazionale (94,2%), anche se tale dato necessita di ulteriori valutazioni che ne chiariscano la causa.

Il corso di accompagnamento alla nascita implementato nella

ASL Caserta appare in linea con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per il biennio 2006-2008 di umanizzazione dell'evento nascita e di riduzione del ricorso al TC e con le linee varate nel 2008 dalla Regione Campania che indicano nel potenziamento dei corsi di preparazione al parto-nascita una delle azioni funzionali al perseguimento della tutela della gravidanza e del parto fisiologico.

Il presente studio mostra alcuni limiti metodologici. Una prima classe di limiti riguarda il campione che è poco numeroso ed è rappresentativo di un sottogruppo di donne probabilmente già orientate verso il parto naturale. Gli esiti considerati (riduzione del ricorso al TC nel campione in generale e nel sottocampione delle donne già cesarizzate) potrebbero essere stati condizionati da pratiche e atteggiamenti consolidati a priori e non solo da comportamenti indotti dal corso.

Una seconda classe di limiti è inerente gli strumenti impiegati per le misurazioni psicologiche. Si tratta di tutti strumenti self report che lasciano ampi margini di incertezza alle risposte dei soggetti, inoltre non sono utilizzati negli altri studi relativi al fenomeno taglio cesareo. Il loro uso nello studio è però giustificato dall'essere stati utilizzati come strumenti di rilevazione delle caratteristiche psicologiche i cui risultati più significativi sono stati restituiti alle gestanti e discussi in forma anonima e collettiva (nel corso del terzo incontro del corso) come stimolo alla conoscenza e alla acquisizione di una maggiore consapevolezza delle proprie caratteristiche di personalità e dei propri pattern prevalenti di attaccamento.

Bibliografia

- Arsieri R., Esposito D., Pugliese A., Saporito M. & Triassi M. (Eds.), *Rapporto sulla Natalità in Campania 2007*, Napoli 2009.
- Arsieri R., Esposito D., Pugliese A., Saporito M. & Triassi M. (Eds.), *Rapporto sulla Natalità in Campania 2008*, Napoli 2010.

- Baglio G., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E. & Osborn J., “Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato”, *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 2000, n.36, 4, 465-78.
- Bartholomew K. & Horowitz L.M., “Attachment styles among young adults: A test of a four-category model”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, n.61, 226-44
- Bartolomew K., “Avoidance of intimacy: An attachment perspective”, *Journal of Social and Personal relationships*, 1990, n.7, 147-78.
- Bick E., “Notes on infant observation in psycho-analytic training”, *International Journal of psychoanalysis*, 1964, n.45, 558-66 (tr. it. *Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico*, in: S. Isaacs, A. Freud, D.W. Winnicott E. Bick, M. Boston, W.E. Freud, A.H. Brafman, L'osservazione diretta del bambino. V. Bonaminio & B. Iaccarino (Eds.), Bollati Borinighieri, Torino 1989).
- Bollettino Ufficiale della Regione Campania, *Salute della donna e del bambino. Iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato*, 2008, BURC n. 46 del 17.11.2008.
- Bovo P., “La metodologia funzionale”, *Il giornale delle ostetriche*, 2000, n.30, 53-55.
- Bovo P. & Duguid A., “Il modello funzionale nella prevenzione perinatale”, *Riza Scienze*, Milano 1992.
- Coleman V.H., Lawrence H. & Schulkin J., “Rising cesarean delivery rates: the impact of cesarean delivery on maternal request”, *Obstetrical & gynecological survey*, 2009, n.64, 2, 115-9.
- Donati S., Andreozzi S. & Grandolfo M.E., “Valutazione dell’attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale”, *Rapporti Istituto Superiore di Sanità* (ISTISAN), 2001, 01/5, 20.
- Donati S., Grandolfo M.E. & Andreozzi S., “Do italian mothers prefer cesarean delivery?”, *Birth*, 2003, n.30, 2, 89-93.
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., et al., “L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia”, *Annali Istituto Superiore di sanità*, 1999, n.35, 2, 289-96.
- Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT, 2008. European Perinatal Health Report. Data from 2004.
- Feeny J.A., Noller P. & Hanrahan M., “Assessing adult attachment. In: M.B. Sperling, W.H. Berman (Eds.)”, *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, Guilford Press, New York 1994, 128-54.
- Fossati A., Donati D., Donini M., Novella L., Bagnato M., Acquarini E., et al., “On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in italian clinical and non clinical partecipantes”, *Journal of Social and Personal Relationship*, 2003, n.20, 55-79.

- Gamble J.A. & Creedy D.K., "Women's request for a cesarean section: a critique of the literature", *Birth*, 2000, n.27, 4, 256-63.
- Gordon D., Milberg J., Daling J. & Hickok D., "Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery", *Obstet. Gynecol.*, 1991, n.77, 493-497.
- Gough H.G., Heilbrun Jr A.B. & Fioravanti M., *Manuale della Versione Italiana dell'Adjective Check List*. Organizzazioni Speciali, Firenze 1980.
- Grandolfo M.E., "Basi Epistemologiche ed epidemiologiche e progettazione operativa, implementazione e valutazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita. Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità", 2009. Retrieved June 15, 2010, from <http://www.careperinatologia.it/lavori/L02.pdf>
- Grandolfo M.E., Donati S. & Giusti A., "Indagine conoscitiva sul percorso nascita 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali", *Atti della 12° Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanità): Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia*, 2005, n. 15 marzo 2005. XIV legislatura: Senato della Repubblica.
- Habiba M., Kaminski M., Da Frè M., Marsal K., Bleker O., Librero et al., "Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries", *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2006, n.113, 6, 647-56.
- Halvorsen L., Nerum H., Øian P. & Sørli T., "Is there an association between psychological stress and request for caesarean section?", *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 2008, n.128, 12, 1388-91.
- Haynes De Regt R., Mirkoff H.L., Feldman J. & Schwarz R.H., "Relation of private or clinic care to the caesarean birth rate", *The New England journal of medicine* 1986, n.315, 619-624.
- Hazan C., & Shaver P., "Romantic Love conceptualized as an attachment process", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, n.52, 3, 511-524 (tr. it. in Carli, L. (ed.). *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina, 1995, 91-125).
- Hurst M. & Summey P.S., "Childbirth and social class: the case of cesarean delivery" *Social science & medicine* 1984, n.18, 621-631.
- Istituto Nazionale di Statistica, 2006, *Gravidanza, parto, allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 2004-2005*, ISTAT, Roma.
- Latham S.R. & Norwitz E.R., «Ethics and "cesarean delivery on maternal demand»., *Seminars in perinatology*, 2009, n.33, 6, 405-9.
- Mancuso A., De Vivo A., Fanara G., Albiero A., Priolo A.M., Giacobbe A. et al., "Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience", *Journal of obstetrics and gynaecology*

- colony : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 2008, n.28, 4, 382-5.
- McCourt C., Weaver J., Statham H., Beake S., Gamble J. & Creedy D.K., “Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature”, *Birth*, 2007, n.34, 1, 65-79.
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio VI (2008). Rapporto Annuale sull’attività di Ricovero Ospedaliero. Dati SDO 2008.
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. D.P.R. 7.4.2006.
- Monari F, Di Mario S., Facchinetti F. & Basevi V., “Obstetricians’ and midwives’ attitudes toward cesarean section”, *Birth*, 2008, n.35, 2, 129-35.
- Parker G., Tupling H. & Brown L.B., “A Parental Bonding Instrument”, *British Journal of Medical Psychology*, 1979, n.52, 1-10.
- Porreco P.R., “High cesarean section rate: a new perspective”, *Obstetrics and gynecology*, 1985, n.65, 307-311.
- Ryding E.L., Wirfelt E., Wängborg I.B., Siögren B. & Edman G., “Personality and fear of childbirth”, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2007, n.86, 7, 814-20.
- Scoscia M., Vimercati A., Cito L., Chironna E., Scattarella D. & Selvaggi L.E., “Social determinants of the increasing caesarean section rate in Italy”, *Minerva ginecologica*, 2008, n.60, 2, 115-20.
- Stjernholm Y.V., Petersson K. & Eneroth E., “Changed indications for cesarean sections”, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2010, n.89, 1, 49-53.
- Tollånes M.C., “Increase rate of Caesarean section—causes and consequences”, *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 2009, n.129, 13, 1329-31.
- Tschudin S., Alder J., Hendriksen S., Bitzer J., Popp K.A., Zanetti R. et.al., “Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand?”, *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 2009a, n.30, 3, 175-80.
- Tschudin S., Alder J., Hendriksen S., Bitzer J., Popp K.A., Zanetti R. et al., “Pregnant women’s perception of cesarean section on demand”, *Journal of perinatal medicine*, 2009b, n.37, 3, 251-6.
- Weaver J.J., Statham H. & Richards M., «Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications», *Birth*, 2007, n.34, 3, 273-4.
- World Health Organization, Appropriate technology for birth, *Lancet* 1985, n.2, 436-437.

