



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

**Correlazione fra aspettative,
ansie e paure delle donne a
termine di gravidanza e
Organizzazioni di Personalità: il
ruolo ostetrico nell'assistenza al
travaglio e al parto**

Relatore:
Prof. Bernardo Nardi
Bernardo Nardi

Correlatrice:
**Dott.ssa Ost.
Chiara Cerioni**
Chiara Cerioni

Tesi di Laurea di:
Gioia Chiodi

Gioia Chiodi

A.A. 2018/2019

Indice

Abstract	1
1. Introduzione	2
1.1. Le aspettative in gravidanza	3
1.2. La Tocofofia	5
1.3. Le Organizzazioni di Personalità	6
1.3.1 Formazione delle OSP	7
1.3.2. Dalle OSP alle OP	9
1.3.3. Organizzazioni Controllanti	14
1.3.4. Organizzazioni Distaccate	14
1.3.5. Organizzazioni Contestualizzate	15
1.3.6. Organizzazioni Normative	16
1.3.7. Strumenti di indagine delle OP	16
2. Obiettivi dello studio	18
2.1. Domande di ricerca	18
2.2. Obiettivi	18

3. Materiale e metodi	19
3.1. Metodologia	19
3.2. Setting e collocazione temporale	19
3.3. Popolazione e campione	20
3.4. Aspetti etici	22
3.5. Strumenti e attività di raccolta dati	22
3.6. Elaborazione dei dati e analisi statistica	23
4. Risultati e analisi statistica	25
4.1. Caratteristiche anagrafiche e professionali del campione ...	25
4.1.1. Distribuzione di frequenza della variabile Età	26
4.1.2. Distribuzione di frequenza della variabile Nazionalità	27
4.1.3. Distribuzione di frequenza della variabile Stato civile	27
4.1.4. Distribuzione di frequenza della variabile Titolo di studi	28
4.1.5. Distribuzione di frequenza della variabile Condizione occupazionale	29
4.1.6. Distribuzione di frequenza della variabile Epoca gestazionale	30
4.2. Distribuzione di frequenza delle OP nel campione	31
4.3. Analisi delle interviste secondo il metodo Colaizzi Modificato	32
4.4. Corrispondenza fra OP indagata tramite MQOP e OP emersa dall'intervista	37
4.5. Analisi statistica	38

5. Discussione	39
5.1. Temi emersi	39
5.2. Corrispondenza fra OP indagata tramite MQOP e OP emersa dall'intervista	42
5.3. Limiti dello studio	43
5.4. Proposte di sviluppo	43
6. Conclusione	45
7. Bibliografia	47
8. Allegati	52
Ringraziamenti	60

Abstract

Questo studio nasce con la volontà di analizzare l'esperienza emotiva delle donne in stato di gravidanza in prossimità dell'evento parto, per poi dimostrare, come, a parità di condizioni ostetriche, le donne abbiano aspettative, ansie e paure diverse, inquadrabili all'interno delle caratteristiche dell'Organizzazione di Personalità alla quale appartengono.

Nel periodo di tempo compreso fra il 02/02/2020 ed il 19/02/2020, presso gli ambulatori di Cardiotografia e della Gravidanza a Termine delle UOC di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "G. Salesi" dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e del P.O. "A. Murri" di Fermo, asur area vasta 4, tramite criteri di inclusione utili ai fini dello studio, è stato reclutato un campione composto da 24 donne.

L'analisi delle Organizzazioni di Personalità è stata effettuata tramite somministrazione del MQOP, mentre, la raccolta delle loro aspettative, ansie e paure è stata effettuata tramite lo svolgimento di un'intervista semi-strutturata, analizzata tramite il metodo Colaizzi opportunamente modificato.

Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che nell'87.50% delle donne vi è una corrispondenza fra OP indagata tramite MQOP e OP emersa dall'intervista, fenomeno che non si verifica nel 12.50% dei casi. Inoltre, la statistica suggerisce che, con il 95% di probabilità, nella popolazione il fenomeno descritto si verifica con una probabilità che va dal 74% al 100% dei casi.

Dimostrata la relazione fra aspettative, ansie e paure e Organizzazione di Personalità e, alla luce degli studi noti circa l'importanza del livello di soddisfazione materna, lo studio si conclude con lo scopo di voler mostrare l'importanza del ruolo ostetrico. L'Ostetrica dovrebbe essere in grado di proporre un'assistenza non standardizzata fra donne che presentano stesse condizioni ostetriche, bensì personalizzata alle esigenze e ai desideri delle sue assistite.

1. Introduzione

L'Ostetrica, per definizione etimologica, *sta davanti*, dal latino *ob stare*, ma cosa si trova di fronte? O meglio, chi?

Nella pratica clinica, nella frenesia della corsia spesso risulta complicato rendersi conto del proprio ruolo, di quanto un professionista sanitario possa modificare la percezione che il paziente ha dell'evento vissuto insieme; di quanto un sorriso, una parola di conforto o un gesto gradito possano realmente fare la differenza, per certo la figura dell'Ostetrica risulta soggetta, in particolar modo, a queste affermazioni.

Durante gli anni, con l'avanzare delle conoscenze in campo medico, la nascita, da evento naturale e spontaneo, gestito unicamente in famiglia, si è trovato ad essere un fenomeno complesso sempre più tecnico e macchinoso, il che ha inevitabilmente influenzato l'esperienza della maternità ed il modello assistenziale relativo ad essa.

A tal proposito è possibile affermare che *il sapere ed il saper fare* ostetrico negli anni si sono di gran lunga evoluti, spesso accantonando una componente della triade necessaria a descrivere la dignità di questa professione: *il saper essere*. È proprio tale caratteristica a consentire all'Ostetrica di *stare davanti* in modo attivo, *stare davanti* all'io più profondo della donna che sta accompagnando nel suo personale viaggio verso la maternità.

L'Ostetrica si rapporta con le proprie pazienti durante alcuni dei momenti più significativi delle loro vite, momenti in cui la parte razionale del proprio essere viene messa da parte per lasciar spazio all'istinto, all'emotività ed ai sentimenti; ed è proprio sulla base di questo io più profondo e recondito che le donne andranno a creare aspettative e a far emergere ansie e paure relative all'evento nascita.

Ogni donna arriverà al momento del parto con il proprio *background* culturale, sociale, emotivo ed affettivo che la condurranno a desiderare un'esperienza unica, concorde le proprie esperienze ed i propri desideri.

In onore di questo *saper essere*, risulta compito dell'Ostetrica indagare e conoscere le volontà, le aspettative e le paure di ognuna delle sue assistite in modo tale da garantire la personalizzazione dell'assistenza, considerando la donna, non unicamente come un caso clinico già precedentemente trattato, bensì come un'unità a sé stante, libera da ogni schema creato a priori sull'unica base della cartella clinica, un'unità con le proprie emozioni, le proprie fragilità ed i propri desideri meritevoli di essere espressi ed accolti al fine di garantire un'esperienza il più soddisfacente e appagante possibile.

1.1. Le aspettative in gravidanza

Durante la gravidanza, nella mente delle donne, si creano pensieri ed aspettative, di cui, la maggior parte di essi riguardano le aspettative circa il parto ed i cambiamenti che modificheranno gli stili di vita di tutta la famiglia ⁽¹⁻³⁾.

Secondo studi, queste aspettative non sono relative unicamente alla paura e alle preoccupazioni circa il tipo e la durata del parto, ma si riferiscono alla maternità in tutti i suoi aspetti, come, l'idealizzazione del nascituro e l'avvio dell'allattamento ⁽¹⁻⁴⁾. È noto come i sentimenti, le ansie e le insicurezze che vivono nelle donne in stato di gravidanza siano influenzate dall'ambiente sociale in cui vivono, da precedenti esperienze, sia vissute in prima persona che riferite da amici e familiari, da raffigurazioni fornite da *mass-media* e storie popolari e da precedenti esperienze negative avvenute con professionisti sanitari ^(1,2,4).

Ricerche condotte dimostrano come le aspettative materne riguardanti il travaglio ed il parto influenzino il livello di soddisfazione percepito ^(4,5) e come questo abbia un ruolo di fondamentale importanza nella costruzione dell'identità della donna

come madre ⁽⁴⁾. Gli studi consultati riferiscono che il raggiungimento delle aspettative conduce le donne ad avere un'esperienza positiva correlata ad un alto livello di soddisfazione ^(4,6). La soddisfazione materna, dalle ricerche effettuate, risulta essere fondamentale all'esperienza della maternità, in quanto, condurrebbe ad una buona relazione madre-bambino, un buon attaccamento ed un corretto avvio dell'allattamento ^(5,6).

In conclusione, dalle affermazioni esposte, risulta evidente come sia importante da parte dei professionisti che operano durante la gravidanza ed il parto identificare quali siano le aspettative materne riguardanti questi momenti così delicati per la vita di una donna; risulta evidente il bisogno di raggiungere con l'esperienza nascita un livello di soddisfazione adeguato, tale da permettere alle donne di avere un ricordo positivo ^(5,7,8).

Tuttavia, secondo la più recente *review sistematica* a riguardo, attualmente non esisterebbero strumenti in grado di misurare le aspettative materne che ci possano far comprendere adeguatamente il loro livello di soddisfazione ⁽⁹⁾.

1.2. La Tocofovia

La Tocofovia si identifica con la paura incontrollata dell'evento parto e spesso, tale patologia, può avere come conseguenze l'evitamento della gravidanza stessa. La prevalenza di questo fenomeno, secondo quanto riportato dalla più recente *review sistematica* della letteratura in merito, è stimata attorno al 14% delle donne in stato di gravidanza; tuttavia, lo stesso studio individua un limite importante in esso, ossia, la mancanza di conoscenza della definizione esatta di Tocofovia e suggerisce di interpretare i dati emersi con cautela ⁽¹⁰⁾.

La letteratura disponibile ci informa che il fenomeno descritto è più frequente nelle nullipare che nelle pluripare ^(11,12), e, sulla base della parità della donna è

possibile effettuare una classificazione: la Tocofovia primaria e la Tocofovia secondaria.

La Tocofovia primaria prende origine durante l'infanzia e durante l'adolescenza, spesso in seguito a racconti tramandati, abusi sessuali, oppure in seguito alla visione di scene di parto non accompagnate dalla spiegazione dell'evento ⁽¹³⁾. La Tocofovia primaria conduce le donne ad evitare la gravidanza nonostante il loro desiderio di maternità ⁽¹³⁾, molte di queste non sono capaci di superare questa paura e ricorrono ad un eccessivo utilizzo di metodi anti-concezionali, spesso combinati fra loro ⁽¹³⁾, alcune decidono di non aver figli ⁽¹¹⁾, altre di adottare. Le donne capaci di superare i propri limiti giungono alla disperata richiesta di taglio cesareo o di alternative come l'analgesia intrapartum ⁽¹³⁾.

La Tocofovia secondaria è associata a precedenti esperienze di parto traumatiche, come, eccessivo dolore percepito durante il travaglio, lacerazioni e traumi ostetrici, parti operativi, aborti, nascite premature e morti endouterine fetali, nascita di un figlio malformato o con patologie ⁽¹³⁾; tutte esperienze che non corrispondono alle aspettative createsi in gravidanza e che contribuiscono alla costruzione mentale di un evento caratterizzato da uno scarso, o nullo, livello di soddisfazione.

I sintomi descritti dagli studi effettuati includono: paura di affrontare un parto vaginale così intensa da richiedere un taglio cesareo ⁽¹¹⁾, disturbi del sonno, episodi di pianto, ansia generalizzata e nervosismo ⁽¹²⁾; diventa di conseguenza, di fondamentale importanza dare attenzioni a queste manifestazioni e proporre *test di screening* adeguati, quali: il *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* parte A (W-DEQ A), *Fear of Birth scale* (FOBS) e il *Childbirth Attitudes Questionnaire* ⁽¹⁰⁾.

Tra le conseguenze causate da questa paura incontrollata, ricerche condotte, riportano che elevati livelli di ansia durante la gravidanza e durante il travaglio contribuiscono alle complicazioni dello stesso e aumentano la percentuale di interventi medici ⁽¹⁴⁾, conducono le donne a vivere il travaglio come un evento

traumatico per poi andare a sviluppare una Sindrome da stress post- traumatico ^(15,16), sono associati ad un aumento del rischio di Depressione Post-Partum e possono modificare in negativo il *bonding* e l'attaccamento madre-bambino ^(17,18). Infine, ricerche, descrivono come il trattamento e la presa in carico di tale patologia comporti l'aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale ⁽¹⁹⁾.

Al fine di evitare il parto vaginale, la richiesta di effettuare un taglio cesareo è tipica delle donne affette da Tocofovia ⁽¹¹⁾, a tal proposito, le Linee Guida del Ministero della Salute sul taglio cesareo del 2014 si esprimono dedicando un intero capitolo al taglio cesareo su richiesta materna in assenza di indicazioni cliniche. Queste fonti riferiscono che il comportamento dei sanitari in questi casi differisce in funzione del contesto culturale e organizzativo in cui operano. I sanitari sono più propensi ad assecondare la volontà della donna in caso di precedente parto traumatico, figlio disabile o morte perinatale. La variabilità di comportamento riportata varia in base al paese, con percentuali di accettazione comprese fra il 15% e il 79% (55% in Italia). Le Linee Guida citate propongono un approccio alla patologia attraverso la realizzazione di un colloquio approfondito tra donna e medico, che consenta di arrivare ad una decisione condivisa; qualora questo non fosse possibile, consigliano il ricorso ad un secondo parere. Incontri specifici e individuali e supporti informativi, essendosi dimostrati efficaci circa la scelta della modalità di parto, nel contenere le ansie e le paure relative all'evento nascita e nell'aumentare il grado di soddisfazione percepito dalla donna, sono da ritenere necessari alla pratica clinica ⁽²⁰⁾.

1.3. Le Organizzazioni di Personalità

Le *Organizzazioni di Personalità* prendono origine dal concetto di OSP (*Organizzazione di Significato Personale*), precedentemente idealizzato negli anni '80 da V. F. Guidano ⁽²¹⁻²³⁾, il quale, grazie a studi da lui condotti, ha messo in evidenza come non sia possibile avere un'idea oggettivamente univoca della

realtà; affermazione che si pone alla base del *post-razionalismo*. Questa corrente di pensiero propone un approccio scientifico, basato sul fatto che la realtà oggettiva è conoscibile attraverso la soggettività dell'individuo che la percepisce, e che quindi le informazioni ricavate dalla realtà sono conseguenza di processi che concorrono alla formazione dell'identità dell'individuo.

Ponendo le radici negli studi di A. R. Damasio, ossia, sul fatto che la conoscenza non può essere indipendente dal soggetto che la percepisce e la rielabora ⁽²⁴⁾, le ricerche di Guidano hanno portato ad una concezione innovativa della personalità, basata sulla costruzione e sul mantenimento del significato personale, racchiuso nelle OSP (Organizzazioni di Significato Personale) ⁽²¹⁻²³⁾.

Le OSP sono modelli organizzativi di significato personale, la cui formazione determina modalità cognitive di lettura degli eventi vissuti durante il ciclo della vita; il loro scopo è quello di fornire una coerenza interna che consente all'individuo una lettura autoreferenziale delle esperienze percepite; dando luogo alla *stabilità* che fornisce la costanza di base all'identità e al *cambiamento* che consente all'identità di dispiegarsi durante le esperienze che avvengono nella vita ⁽²⁵⁾. Di conseguenza, le esperienze verranno rielaborate in funzione della propria OSP in modo tale mantenere quel *senso di unicità personale e continuità storica che definiscono la persona dell'individuo* ⁽²²⁾.

1.3.1 Formazione delle OSP

I fattori che concorrono alla formazione delle OSP sono la predisposizione genetica, i sistemi comportamentali motivazionali di base istintiva e le modalità di attaccamento. G. Marcus nel 2004 descriveva il cervello attraverso i termini *hardwired* e *prewired* ⁽²⁶⁾, dichiarando che le basi genetiche consentono all'organo di acquisire informazioni attraverso l'apprendimento e che il cervello stesso non è una struttura immutabile e rigidamente programmata (*hardwired*), bensì una struttura flessibile incline al cambiamento (*prewired*). In quest'ambito, l'attaccamento risulta avere un ruolo fondamentale, in quanto presenta un alto

valore adattativo, esprimendo la competenza che ha un soggetto di ottenere l'accudimento da parte dei genitori ⁽²⁵⁾; a tal proposito B. Nardi nel 2001, in seguito alla pubblicazione di studi relativi alle modalità di attaccamento indagati tramite la *strange situation* ⁽²⁷⁾, ribadisce come dallo stile di attaccamento emerga lo stile relazionale e affettivo peculiare di ciascun individuo ⁽²⁸⁾.

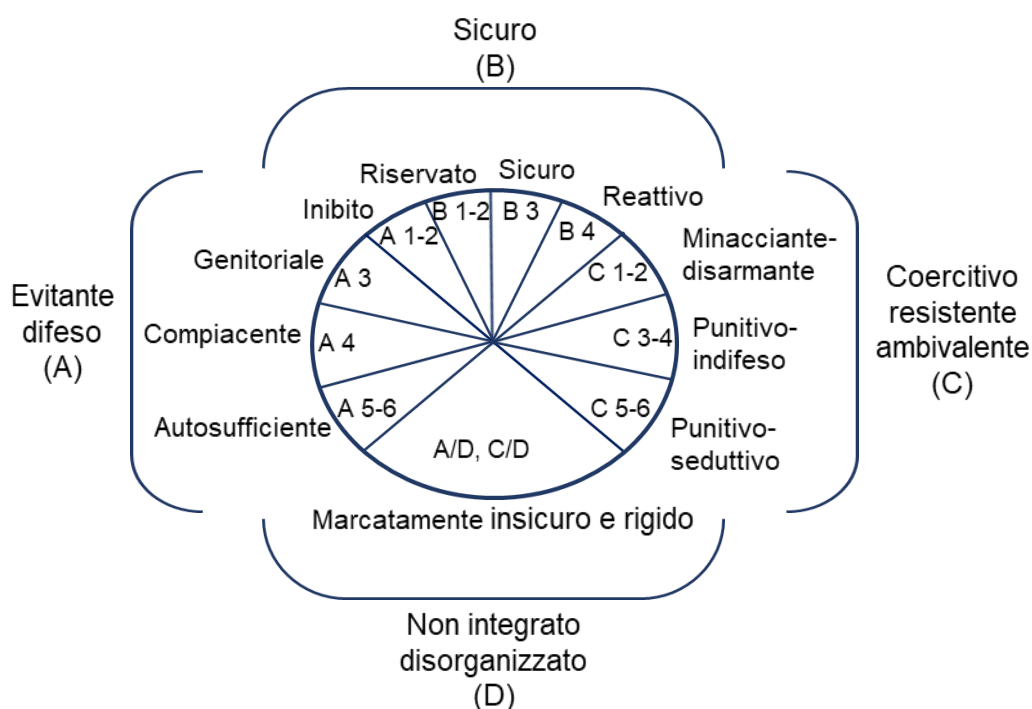


Figura n.1 ⁽²⁵⁾

Tuttavia, come descritto dall'autore precedentemente citato, non esiste una corrispondenza rigida ed univoca tra modalità di attaccamento e OSP, infatti quest'ultima è legata ad un processo che avviene durante la maturazione, sulla base di attivazioni emozionali e di schemi cognitivi che vedono le loro fondamenta nei processi di attaccamento ⁽²⁸⁻³⁰⁾. Nell'infanzia, infatti, come B. Nardi riporta nei suoi lavori, le esperienze sono vissute in modo *immediato* con una modalità di pensiero *concreto* che presuppone un'unica risposta alle domande poste, mentre, durante la crescita, nel soggetto matura l'idea che le persone possano

avere stati mentali e convinzioni diverse dalle proprie, la realtà comincia così ad esser percepita come uno *scenario particolare e contingente* ^(28,31,32).

Sulla base delle affermazioni H. Maturana e F. Varela, ossia che la *mente è dotata di capacità autopoietiche ed autoreferenziali*, e che quindi, a partire dalle informazioni genetiche di cui dispone, si costruisce progressivamente per riferire a sé le esperienze vissute, riordinandole in maniera tale da definire un significato d'insieme ⁽³³⁾, Guidano propone il modello della *moviola* riguardante la conoscenza delle esperienze. Un primo livello di conoscenza, immediato e poco consapevole, si identifica con l'esperienza immediata, vissuta come oggettiva, fedele all'esperienza come una fotografia; questo livello di conoscenza viene definito *tacito e implicito*. Un secondo e successivo livello di conoscenza è costituito dalle spiegazioni a posteriori dell'esperienza; infatti, in questa fase l'esperienza viene rielaborata per renderla coerente con quelle vissute in precedenza ^(22,23).

A tal proposito, B. Nardi descrive come l'interazione tra questi due livelli di conoscenza consenta di spiegare il perché esistano contemporaneamente modalità di base stabili, attraverso le quali le esperienze vengono riferite a loro stesse in un significato personale, definite dall'autore *chiusure tacite e aperture strutturali* che permettono l'unicità dell'individuo ⁽²⁸⁾.

1.3.2. Dalle OSP alle OP

Negli anni successivi, con lo sviluppo delle neuroscienze, le OSP si sono dimostrate meritevoli di esser ulteriormente studiate e, Nardi, a tal proposito, ha proposto una nuova interpretazione del significato adattativo dei diversi stili di significato personale e, per evidenziarne l'evoluzione, introduce una nuova terminologia per indicare le OSP proposte e descritte da Guidano ⁽²⁵⁾. Di fatto, mentre Guidano distingueva le OSP Fobiche, le OSP Depressive, le OSP di tipo Disturbo Alimentare Psicogeno e le OSP Ossessive, Nardi, con l'intento di non centrare unicamente l'attenzione sui processi cognitivi, definisce le OSP studiate

come *Organizzazioni di Personalità* (OP) proponendo una distinzione che non fa più riferimento alla patologia, bensì alle risorse fisiologiche e alle capacità di gestire gli *stressor* secondari di natura psico-sociale che ciascuna OP fornisce: OP Controllanti, OP Distaccate, OP Contestualizzate e OP Normative.

Nella formazione delle OP concorrono due assi primari, detti *direttrici fondamentali di sviluppo*, responsabili delle *chiusure tacite*, le quali emergono dallo stile di attaccamento e delineano già dall'infanzia dell'individuo una specifica OP. Queste direttrici fondamentali sono accompagnate da una serie di direttrici secondarie che consentono di esprimere le molteplici *aperture strutturali* che rendono l'individuo unico ^(25,29).

I due assi primari sono relativi alle modalità di percepire la *reciprocità* dell'individuo con la figura accudente, ed il primo si riferisce alla prevedibilità dei comportamenti del *care-giver*.

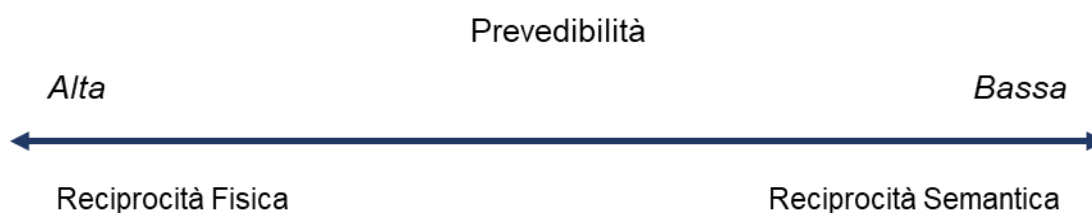


Figura n.2 ⁽²⁵⁾

Quando il comportamento della figura accudente è percepito come stabile e prevedibile, i segnali da apprendere da parte del soggetto sono minori e semplificati, tali da rendere semplice la codifica dell'esperienza ^(22,23). Questa prevedibilità permette all'individuo di riconoscere le emozioni, le espressioni facciali e la disponibilità del genitore ad assecondare i propri bisogni; in questa maniera si formano delle scene prototipiche definite da S. S. Tomkins "scene nucleari" ⁽³⁴⁾ che fanno da fondamenta alla costruzione del senso di sé. In questo caso, la lettura delle esperienze avviene per mezzo delle emozioni di base (gioia,

rabbia, paura...) e si parla di una modalità di Organizzazione di Personalità di a reciprocità Fisica.

Invece, se i comportamenti della figura accudente sono percepiti dal soggetto come complessi, variabili in funzione della situazione e meno prevedibili, la lettura delle esperienze risulterà meno definita e più difficilmente decodificabile. Il bambino, in tale contesto, ha bisogno di più informazioni e di rielaborarle continuamente nella costruzione di scene nucleari, sviluppando un'attenzione maggiore ai segnali provenienti dall'esterno; in questo caso il soggetto svilupperà la capacità di leggere l'esperienza tramite emozioni sociali, riflessive e autovalutative e si parlerà di modalità di Organizzazione di Personalità a reciprocità Semantica.

La differenza tra reciprocità Fisica e Semantica è documentata scientificamente da studi di *neuroimaging funzionale* (RMNf), dove è stato dimostrato come avvenga una maggior attivazione dell'Amigdala e delle strutture limbiche in seguito a stimoli emotivi nei soggetti con modalità di attaccamenti a reciprocità Fisica ⁽³⁵⁾, in particolar modo in relazione alle espressioni facciali ⁽³⁶⁾. Anche nel campo della genetica è stato possibile dimostrare questa differenza, infatti, nelle varianti genetiche del trasportatore della Serotonina, l'allele 5-HTTs sembra esser predisposto ad una maggior attivazione emozionale nei soggetti a reciprocità Fisica ⁽³⁷⁾.

Il secondo asse è relativo a come l'individuo percepisce il care-giver in termini di lontananza o vicinanza durante la fase di attaccamento. Questa vicinanza o lontananza percepita darà luogo ad un attaccamento definito da Nardi *On-line* oppure ad un tipo di attaccamento *Off-line*. I soggetti con modalità di attaccamento *On-line* comprendono che sono accuditi, protetti e considerati dal genitore disponibile ogni volta che si vuole; in questo modo, nasce nel soggetto l'attitudine a far fronte a situazioni di prossimità fisica; mentre, i soggetti con modalità di attaccamento *Off-line* comprendono che il care-giver è accessibile solo di tanto in tanto e che sono costretti ad assumersi le proprie responsabilità,

di conseguenza ad esprimere la propria attitudine ad approcciarsi a situazioni di distanza stimolando la propria autonomia ⁽³²⁾.

Nardi descrive come nei soggetti a reciprocità Fisica la direttrice relativa alla lontananza e alla vicinanza del care-giver avrà per estremi termini di attaccamento On-line: protezione e termini di attaccamento Off-line: distacco. In casi di modalità di attaccamento On-line sono le attivazioni di paura a regolare gli allontanamenti dalle sicurezze, e quindi a regolare i margini di libertà, mentre, nei casi di attaccamento Off-line, l'evitamento della tristezza conduce alla ricerca dell'autonomia. Questa particolare direttrice evolutiva primaria consente di centrare il proprio comportamento su quanto si è protetti o soli ed ha permesso di sviluppare competenze come controllare e gestire al meglio pericoli e avversità e cogliere la separazione come un'opportunità per affermarsi.

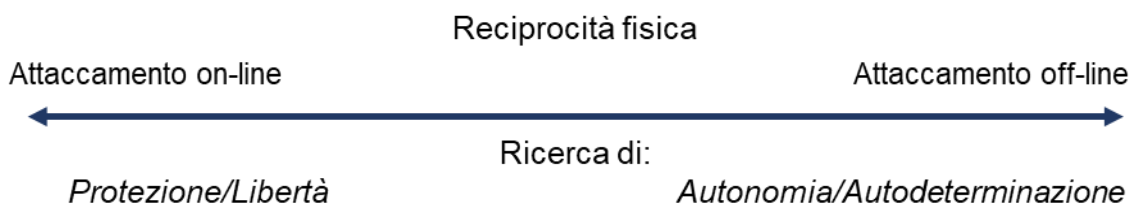


Figura n.3 ⁽²⁵⁾

Nei soggetti a reciprocità Semantica la direttrice evolutiva considerata ha per estremi termini di modalità di attaccamento On-line come l'*approvazione* e termini di attaccamento Off-line come le *conferme*. In casi di modalità di attaccamento On-line, il bambino inizia a costruire il senso di sé sulla base dei segnali che percepisce dalla figura accudente, mentre nei soggetti che hanno fatto esperienza di un attaccamento di tipo Off-line, l'individuo orienta le proprie strategie adattative verso la ricerca di regole e comportamenti recepiti come utili. Quest'asse primario permette al soggetto di sviluppare competenze relative all'utilizzare, anticipandolo, il giudizio esterno per costruire il senso di sé e

L'autore, nei suoi elaborati, tende inoltre a specificare che non esiste una OP più giusta, infatti, in tutte e quattro le categorie, il senso di sé può definirsi sia in termini positivi che negativi, in funzione degli atteggiamenti e delle risposte ai propri *stressor* di natura psico-sociale.

1.3.3. Organizzazioni Controllanti

Le OP Controllanti emergono da una tipologia di attaccamento On-line a reciprocità Fisica; la chiusura organizzativa derivante è quindi centrata sul controllo della *pericolosità* dell'esperienza e dell'affidabilità dei riferimenti individuati. La decodifica delle esperienze avviene in termini di sicurezza e pericolo, attraverso le quali l'individuo ricava il senso di sé.

Stressor	Competenze	Modalità adattative
Pericolo	Attitudine operativa pratica	Individuare i riferimenti su cui contare e le minacce da evitare
	Attenzione a come affrontare e risolvere i problemi concreti	Trovare modi e mezzi con cui gestire situazioni potenzialmente pericolose
	Ricerca delle condizioni che assicurano sicurezza e stabilità	Gestire e risolvere le situazioni in modo pratico
	Selezione di strumenti e riferimenti affidabili in ambienti e in situazioni nuove	Relazionarsi con chi risulta affidabile alla necessità contingente

Tabella n.1 ⁽³⁸⁾

1.3.4. Organizzazioni Distaccate

Le OP Distaccate si sviluppano a partire da una modalità di attaccamento a reciprocità Fisica Off-line; in questo contesto la chiusura organizzativa si basa sul controllo della solitudine e la codifica delle esperienze avviene in funzione della condivisione o dell'isolamento, sulla base dei quali il soggetto ricava la concezione che ha della sua persona.

Stressor	Competenze	Modalità adattative
Solitudine	Autonomia gestionale	Affrontare da soli nuove esperienze senza cercare preliminarmente aiuto e supporto esterni
	Responsabilità precoce	Sviluppare la propria indipendenza operativa vivendola come risorsa fondamentale
	Motivazione all'impegno in prima persona	Mettere a fuoco con l'introspezione e promuovere le inclinazioni personali
	Saper mettere la propria autonomia a disposizione di altri	Relazionarsi con chi sa accettare e rispettare e apprezzare le proprie capacità di autonomia

Tabella n.2 ⁽³⁸⁾

1.3.5. Organizzazioni Contestualizzate

Le OP Contestualizzate maturano attraverso una modalità di attaccamento On-line a reciprocità Semantica; la chiusura organizzativa è costituita dal controllo delle conferme o delle disconferme ricavate dell'esperienza e la codifica di queste avviene tramite i giudizi esterni e i confronti con gli altri, attraverso i quali il soggetto costruisce la percezione che ha di sé.

Stressor	Competenze	Modalità adattative
Giudizio	Gestione dell'esposizione in base alla situazione	Verificare gli obiettivi conseguibili e impegnarsi per raggiungerli
	Selezione di obiettivi e risultati adatti alle proprie caratteristiche	Valorizzare le proprie capacità realizzative e competitive
	Capacità di cogliere atteggiamenti, giudizi e aspettative degli altri	Saper prendere le persone per il verso giusto
	Utilizzo di giudizi, risultati e confronti per fare investimenti vantaggiosi	Individuare da chi, in che modo e quando si può essere apprezzati

Tabella n.3 ⁽³⁸⁾

1.3.6. Organizzazioni Normative

Le OP Normative emergono in un contesto di reciprocità Semantica con modalità di attaccamento Off-line. La chiusura organizzativa derivante è quindi centrata sull'utilizzo di principi, teorie e modelli che permettano al soggetto di accedere all'approvazione del genitore. La codifica delle esperienze avviene in termini di certezza, giustizia e di tendenza alla perfezione, in base ai quali l'individuo ricava il senso delle proprie scelte e della sua persona.

Stressor	Competenze	Modalità adattative
Dovere	Impegno e responsabilizzazione precoci e stabili	Vivere il senso del dovere come bussola della propria vita
	Ricerca di valori che possano essere punti fermi di riferimento	Sapersi impegnare in ciò che è giusto fare
	Individuazione di un programma di vita cui attenersi	Privilegiare impegno e correttezza rispetto a risultati e confronti
	Senso etico come base del proprio comportamento	Individuare con chi condividere ideali e scelte

Tabella n.4 ⁽³⁸⁾

1.3.7 Strumenti di indagine delle OP

Secondo studi condotti da Bertolino et al, e successivamente lo stesso B. Nardi et al, la differenza tra soggetti con modalità di attaccamento a reciprocità fisica o semantica si evince anche da studi di neuroimaging funzionale (RMNf), dove, è stato dimostrato come l'Amigdala e altre strutture limbiche si attivino maggiormente in seguito a stimoli emotivi nei soggetti a reciprocità Fisica ⁽³⁵⁾, in particolar modo in relazione alle espressioni facciali del care-giver ⁽³⁶⁾. Altre ricerche, nel campo della genetica, hanno permesso di dimostrare questa differenza, infatti, nelle varianti genetiche del trasportatore della Serotonina, l'allele 5-HTTs, sembra esser predisposto ad una maggior attivazione emozionale nei soggetti con attaccamento di tipo fisico ⁽³⁷⁾. Per quanto riguarda i

metodi di indagine relativi alla somministrazione di questionari, il primo idealizzato con il fine di indagare la OSP di un soggetto è stato idealizzato da Picardi et al. nel 2003 ⁽³⁹⁾. Il modello di *Personal Meaning Questionnaire* di Picardi, in seguito, è stato riadattato alla nuova terminologia e reso di semplice e veloce compilazione dallo stesso Nardi et al, che, nel 2012, hanno elaborato il *Mini Questionnaire of Personal Organization* ⁽⁴⁰⁾, il quale prevede che il soggetto risponda a venti affermazioni/item scegliendo l'opzione dalla quale si sente maggiormente rappresentato; dove le opzioni sono distribuite sulla scala *Likert* a sei valori (da "Completamente falso per me" valore 1 a "Completamente vero per me" valore 6). Negli anni successivi, E. Arimatea et al. si sono occupati della creazione e della validazione di un altro questionario avente il fine di indagare la OP dell'individuo studiato, il *Post-Rationalist Projective Reactive*, un test basato sulla visione di 20 scene alle quali il soggetto deve attribuire una storia ⁽⁴¹⁾.

2. Obiettivi dello studio

2.1. Domande di ricerca

Le domande di ricerca che si pongono alla base di questo studio sono: quali sono le emozioni, le sensazioni, le ansie e le paure provate dalle donne a termine di gravidanza in previsione dell'evento parto? Durante la gravidanza, quali aspettative hanno maturato nei confronti di esso? Quale ruolo deve assumere l'Ostetrica per permettere alla donna di vivere un'esperienza soddisfacente al fine di promuovere *l'empowerment* della stessa?

2.2. Obiettivi

L'obiettivo primario di questo studio risiede nell'analizzare l'esperienza emotiva delle donne in stato di gravidanza in prossimità dell'evento parto, per poi dimostrare, come, a parità di condizioni ostetriche, le donne abbiano aspettative, ansie e paure diverse, inquadrabili all'interno delle caratteristiche dell'Organizzazione di Personalità alla quale appartengono. Secondariamente, la ricerca si pone l'obiettivo di individuare uno strumento/metodo che permetta all'Ostetrica di comprendere a pieno le aspettative e le paure delle donne sue assistite al fine di garantire un'esperienza positiva che conduca ad un elevato livello di soddisfazione.

3. Materiale e metodi

3.1. Metodologia

Ai fini dello studio è stato ritenuto opportuno utilizzare la metodologia dell'indagine qualitativa con approccio fenomenologico, in quanto, questa tipologia di ricerca, utilizzata spesso nelle indagini a tema psicologico, ha lo scopo di indagare in modo approfondito un singolo aspetto, un caso o una questione, cercando di ottenere quante più informazioni possibili in merito.

In questo studio, nello specifico, l'approccio qualitativo fenomenologico permetterà di comprendere il significato ultimo di vissuti esperienziali non ancora accuratamente descritti, dei quali esiste poca letteratura a riguardo.

3.2. Setting e collocazione temporale

La ricerca è stata effettuata presso gli ambulatori di *Cardiotografia* e della *Gravidanza a Termine* delle UOC di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero "G. Salesi" dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e del presidio ospedaliero "A. Murri" di Fermo, asur area vasta 4, nel periodo di tempo compreso fra il 02/02/2020 ed il 19/02/2020.

3.3. Popolazione e campione

Le unità di analisi scelte sono state quelle che hanno usufruito dei servizi offerti dagli ambulatori precedentemente citati nell'arco temporale preso in considerazione dallo studio; tuttavia, per inquadrare meglio il fenomeno, studiandolo in una popolazione composta da individui aventi le stesse caratteristiche, è stato necessario discriminare ulteriormente il campione tramite criteri di inclusione, quali:

- prima gravidanza;
- decorso fisiologico della gravidanza;
- epoca gestazionale superiore alle 37 settimane gestazionali;
- assenza di patologia psichiatrica nota;
- assenza di barriere linguistiche
- consenso informato a partecipare alla ricerca

I criteri di inclusione scelti permettono di selezionare un campione di donne in cui è massima la probabilità che queste abbiano maturato delle aspettative riguardanti il parto essendo temporalmente vicine a questo e che quest'ultime non siano contaminate da vissuti esperienziali precedenti ed eventuali patologie che possano alterare la percezione dell'evento imminente. Infine, la presenza di barriere linguistiche potrebbe condurre ad una falsificazione dei dati dovuta all'interpretazione.

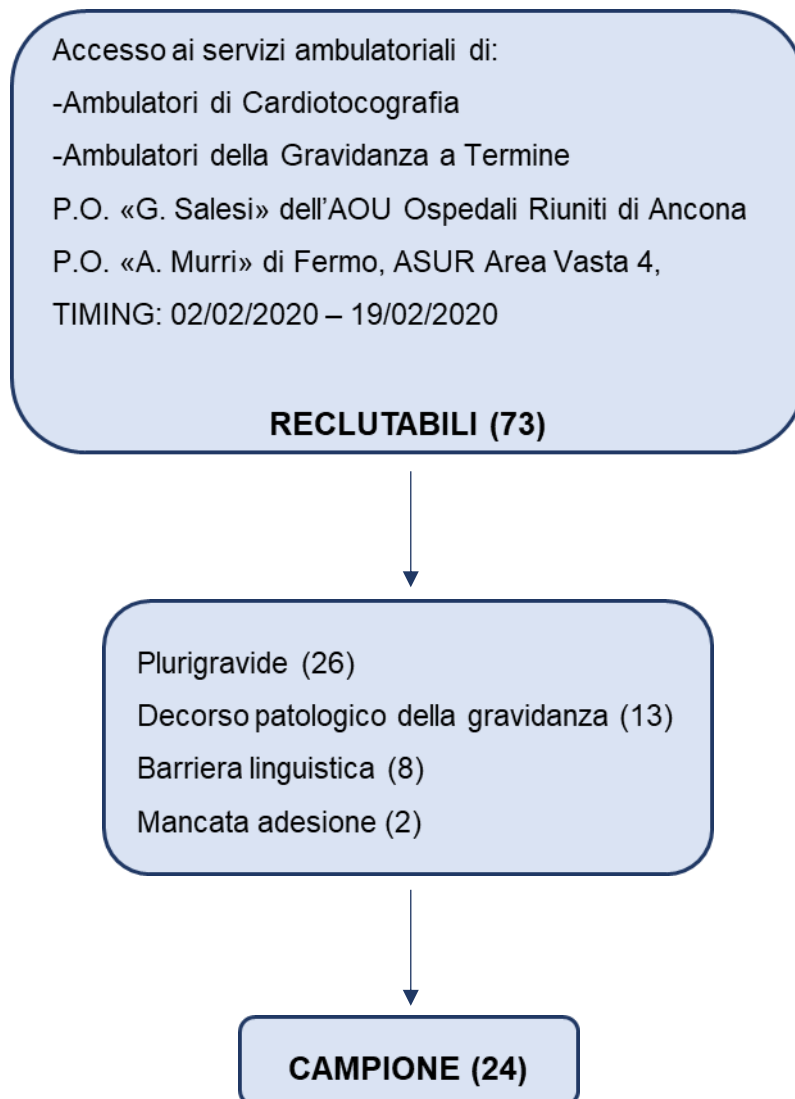


Figura n. 6

Delle 73 donne che hanno usufruito dei servizi presso i quali è stato svolto questo studio 26 di loro ne sono state escluse poiché plurigravide, 13 a causa del decorso patologico della gravidanza e 8 per la presenza di barriere linguistiche; inoltre, 2 donne delle 26 rimanenti non hanno aderito alla ricerca.

3.4. Aspetti etici

Le partecipanti hanno preso parte allo studio, precedentemente autorizzato dagli appositi organi competenti, esprimendo un consenso scritto, sottoscrivendo e firmando un'informativa creata ad hoc (Allegato n. 1).

I dati personali sono stati utilizzati nel massimo rispetto della *privacy* della persona, impiegati al solo fine della ricerca e conservati in modo tale da impedire la consultazione da parte di terzi, in osservanza dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

3.5. Strumenti ed attività di raccolta dati

L'analisi delle *Organizzazioni di Personalità* degli individui facenti parte del campione è stata effettuata tramite la somministrazione del *MQOP* ⁽⁴¹⁾ (Allegato n. 2).

Il questionario preso in considerazione, validato scientificamente, prevede che il soggetto risponda a venti affermazioni/item scegliendo l'opzione dalla quale si sente maggiormente rappresentato; dove le opzioni sono distribuite sulla scala Likert a sei valori (da "Completamente falso per me" valore 1 a "Completamente vero per me" valore 6).

Al termine della compilazione, secondo quanto riportato dalle istruzioni per la valutazione dei risultati del *MQOP*, sono state individuate le *Organizzazioni di Personalità* di ogni unità di analisi.

Le generalità e le aspettative riguardanti il parto possedute dalle donne campionate sono state indagate oralmente, durante lo svolgimento di un'intervista faccia a faccia.

L'intervista è stata registrata su di un apposito supporto informatico, e successivamente trascritta; tale metodo ha dato luogo a trascrizioni di ottima qualità, di facile interpretazione ed ha permesso di focalizzarsi sul dialogo piuttosto che sulla memorizzazione dei contenuti.

Per quanto riguarda la tipologia di intervista effettuata, è stato ritenuto opportuno adottare il modello di intervista *semi-strutturata*, dove, seguendo una traccia definita (Allegato n. 3), all'intervistato è concesso muoversi liberamente fra gli argomenti trattati, in modo tale da permettere la completa libertà espressiva per stimolare un'approfondita descrizione dei vissuti.

3.6. Elaborazione dei dati ed analisi statistica

I dati raccolti sono stati elaborati con i programmi *Word* ed *Excel* del pacchetto informatico *Microsoft Office 2016* su di un dispositivo dotato di sistema operativo *Windows 10*.

Le variabili quantitative sono state espresse tramite statistica descrittiva: tabelle di frequenza, grafici e misure di sintesi numerica di centralità e di variabilità.

L'analisi dei dati qualitativi è avvenuta attraverso il metodo *Colaizzi* modificato⁽⁴²⁾, il quale è caratterizzato da sette diverse fasi:

- lettura ripetuta dell'intervista per coglierne il significato profondo;
- estrazione delle frasi e delle dichiarazioni più significative;
- ricerca del significato di ogni frase significativa;
- organizzazione dei significati formulati in gruppi di temi;
- descrizione esauriente di tutti i temi emersi dalle interviste;
- descrizione esaustiva del fenomeno studiato;
- validazione della descrizione attraverso il *member checking*.

La modifica apportata ai fini dello studio risiede nell'aver individuato come tema emergente da ogni intervista uno dei quattro *stressor* caratterizzanti le Organizzazioni di Personalità.

I risultati delle interviste e dei questionari sulle Organizzazioni di Personalità sono stati abbinati tra loro tramite un codice numerico in modo tale da garantire il più completo anonimato dell'intervistata, secondo quanto descritto dall'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

L'analisi statistica è stata eseguita per mezzo del programma informatico *R*, attraverso il metodo della *stima dei parametri*, dove, per *parametro* s'intende il valore del dato nella popolazione (non noto) e per *stima puntuale* il valore del dato nel campione di riferimento (noto). In questo metodo di analisi statistica non è possibile calcolare la probabilità di un singolo valore, bensì di un intervallo in cui si ha la probabilità del 95% di trovare il parametro, questo intervallo prende il nome di *intervallo di confidenza*. L'intervallo di confidenza è quindi l'intervallo di valori intorno alla stima puntuale, in cui, con una probabilità fissata a priori, è contenuto il valore vero nella popolazione, inoltre, è importante ricordare che, per definizione, l'intervallo di confidenza contiene il valore emerso dal campione.

4. Risultati e analisi statistica

Il campione, in seguito all'applicazione dei criteri di esclusione citati precedentemente, risulta essere composto da 24 unità di osservazione. Le cui caratteristiche socio-demografiche sono descritte dalla tabella n. 5 e dalle figure dalla n.7 alla n.12.

4.1. Caratteristiche anagrafiche e professionali del campione

	Età	Nazionalità	Stato Civile	Titolo di studio	Condizione occupazionale	Epoca gestazionale
1	33	Italiana	Coniugata	Laurea triennale	Impiegata	40
2	26	Italiana	Coniugata	Licenza media inferiore	Operaia	39
3	28	Italiana	Coniugata	Diploma medio superiore	Impiegata	37
4	26	Italiana	Convivente	Diploma medio superiore	Disoccupata	37
5	31	Italiana	Convivente	Diploma medio superiore	Impiegata	41
6	35	Italiana	Coniugata	Diploma medio superiore	Impiegata	39
7	28	Italiana	Convivente	Laurea triennale	Libera professionista	37
8	40	Italiana	Divorziata	Laurea triennale	Libera professionista	40
9	31	Cinese	Convivente	Laurea magistrale	Impiegata	38
10	36	Italiana	Coniugata	Laurea magistrale	Dirigente	40
11	33	Italiana	Convivente	Laurea triennale	Libera professionista	38
12	27	Marocchina	Coniugata	Licenza media inferiore	Operaia	40
13	36	Italiana	Convivente	Laurea triennale	Disoccupata	38
14	36	Italiana	Separata	Dottorato di ricerca	Libera professionista	38
15	32	Italiana	Convivente	Laurea triennale	Libera professionista	38
16	37	Italiana	Coniugata	Diploma medio superiore	Libera professionista	39
17	31	Italiana	Coniugata	Diploma medio superiore	Impiegata	39
18	34	Italiana	Separata	Laurea magistrale	Dirigente	40
19	33	Italiana	Convivente	Dottorato di ricerca	Libera professionista	40
20	32	Italiana	Convivente	Diploma medio superiore	Impiegata	40
21	23	Italiana	Convivente	Diploma medio superiore	Disoccupata	38
22	32	Italiana	Coniugata	Diploma medio superiore	Impiegata	38
23	28	Marocchina	Coniugata	Licenza media inferiore	Disoccupata	37
24	29	Italiana	Convivente	Diploma medio superiore	Operaia	41

Tabella n. 5

4.1.1. Distribuzione di frequenza della variabile *Età* nel campione

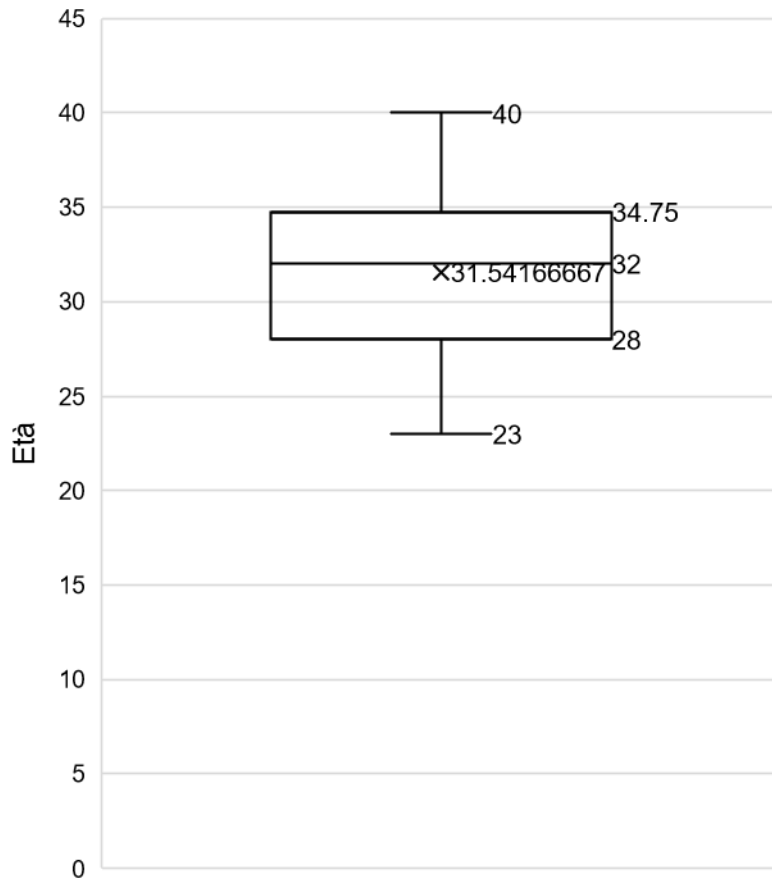


Figura n. 7

Le partecipanti allo studio hanno un'età media di 31.54 anni con una deviazione standard di 4.01 anni. L'età massima è di 40 anni, mentre quella minima è di 23 anni. Il valore modale è rappresentato dalla modalità 33 anni, la mediana assume un valore di 32 anni, il primo quartile di 28 ed infine il terzo quartile di 34,75.

4.1.2. Distribuzione di frequenza della variabile *Nazionalità* nel campione

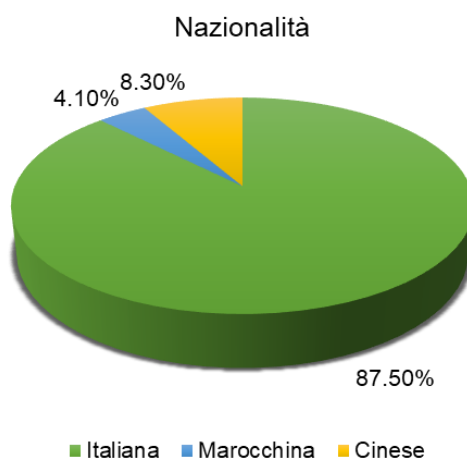


Figura n. 8

L'87.50% delle donne facenti parte il campione è di nazionalità italiana, l'8,33% marocchina ed il 4.10% cinese. La moda si identifica con la modalità *Italiana*.

4.1.3. Distribuzione di frequenza della variabile *Stato civile* nel campione



Figura n. 9

La moda è rappresentata dalla modalità *Convivente*; il 41.66% delle unità analizzate riferisce di essere sposato, l'8.33% separato ed il 4.16% divorziato. Il restante 45.83% delle donne convive con il compagno.

4.1.4. Distribuzione di frequenza della variabile *Titolo di studio* nel campione



Figura n. 10

Il 41.66% delle donne intervistate dichiara di aver ottenuto il diploma di scuole medie superiori, il 25% la laurea triennale, il 12.50% la laurea magistrale ed il 12.50% la licenza di scuola media inferiore. Il restante 8.33% dichiara di aver raggiunto il dottorato di ricerca. La moda della distribuzione si identifica con la modalità *Diploma medio superiore*.

4.1.5 Distribuzione di frequenza della variabile *Condizione occupazionale* nel campione



Figura n. 11

Il 33.33% delle donne facenti parte il campione dichiara di svolgere un'attività lavorativa dipendente assumendo il ruolo di impiegata ed il 12.50% da operaia. L'8.33% svolge un lavoro autonomo in qualità di dirigente ed il 29.16% da libera professionista. Il rimanente 16.66% delle donne intervistate dichiara di essere disoccupato. La moda è rappresentata dalla modalità *Impiegata*.

4.1.6. Distribuzione di frequenza della variabile *Epoca gestazionale* nel campione



Figura n. 12

L'epoca gestazionale media delle donne reclutate al momento dell'intervista è di circa 39 settimane con una deviazione standard di circa 1 settimana. Il valore massimo della distribuzione è dato dalla modalità 41 settimane, mentre, quello minimo, dalla modalità 37 settimane; il primo quartile si identifica con il valore 38 settimane ed il terzo con il valore 40 settimane. La moda della distribuzione è rappresentata dalla modalità 40 settimane.

4.2. Distribuzione di frequenza delle Organizzazioni di Personalità nel campione

Unità di osservazione	Organizzazione di personalità
1	Contestualizzata
2	Contestualizzata
3	Controllante
4	Normativa
5	Distaccata
6	Controllante
7	Normativa
8	Controllante
9	Normativa
10	Normativa
11	Distaccata
12	Normativa
13	Controllante
14	Normativa
15	Distaccata
16	Normativa
17	Contestualizzata
18	Contestualizzata
19	Normativa
20	Normativa
21	Contestualizzata
22	Normativa
23	Contestualizzata
24	Distaccata

Tabella n. 6

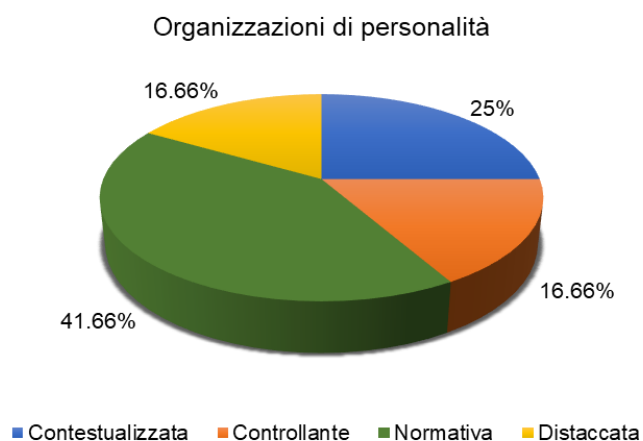


Figura n. 13

Dai risultati del MQOP è emerso che il 41.66% delle unità di osservazione è inquadrabile all'interno di un contesto di Organizzazione di Personalità Normativa, il 16.66% in quella Controllante, un altro 16.66% all'interno di quella Distaccata ed infine, il restante 25% dimostra di appartenere ad una Organizzazione di Personalità Contestualizzata. La moda si identifica con la modalità Normativa.

4.3. Analisi delle interviste secondo il metodo Colaizzi modificato

	Dichiarazioni significative	Significato	Organizzazione dei significati	Tema
1	"...mi emoziono e mi uscirà la lacrima, non so se tutte lo fanno, magari poi risulterà strana agli occhi dell'ostetrica..."	La donna si vergogna delle sue emozioni per paura di essere giudicata dall'ostetrica	Paura del giudizio	Giudizio
2	"...mi vergogno. Non voglio fare la cacca davanti all'ostetrica e davanti a mio marito. E' una cosa personale, ho paura di mettere tutti a disagio, non voglio che le ostetriche lavorino male a causa mia e mi criticino..."	La donna si vergogna di evacuare durante il parto per timore del giudizio del marito e dell'ostetrica	Paura del giudizio	Giudizio
3	"...spero di non sentire la suocera...lei ha avuto sei figli ed è convinta di saper accudire solo lei i bambini, avrà da ridire su tutto e mi infastisce molto...sarà pesante avere il suo fiato sul collo..."	La donna si sente oppressa dalla figura della suocera esperta in materia	Sofferenza per il giudizio	Giudizio
4	"...è un momento pericoloso e non so cosa mi aspetta, è tutto ignoto e pauroso essendo la prima volta...ho paura di non gestirmi...si perde il controllo del proprio corpo e questa cosa mi spaventa abbastanza..."	La donna si sente spaventata nel dovere affrontare una situazione mai vissuta prima e teme di perdere il controllo del suo corpo	Paura del pericolo	Pericolo

5	"...che succeda qualcosa di brutto e non averlo più con me, tra le mie braccia come immagino...ho paura di non avere l'istinto materno e non riuscire subito a legare con lui...ho paura che una volta fuori non sia lo stesso, che il bel legame che abbiamo adesso diventi meno forte una volta fuori dalla pancia..."	La donna teme di non avere più suo figlio con sé ed ha paura che fuori dall'utero materno non si verifichi lo stesso legame avuto in gravidanza	Paura della solitudine	Solitudine
6	"...ho paura che, non conoscendo la situazione, io non capisca cosa stia succedendo e il non sapere mi spaventa, mi spaventa il pericolo che non posso capire...spero che mio marito essendo più lucido possa capire subito se c'è qualcosa che non va..."	La donna è intimorita dal contesto a lei non noto, riferisce di essere spaventata dal pericolo che non sa gestire. Si sente tranquilla sapendo il marito al suo fianco	Paura del pericolo	Pericolo
7	"...ho paura del dolore... sicuramente con l'aiuto di professionisti saprò gestirlo...in gravidanza ho letto molto, mi sono informata con libri e riviste, al corso parto ci hanno spiegato molte cose, adesso senti di avere gli strumenti e sono tranquilla..."	La donna è spaventata dal dolore che afferma saprà gestire avendo avuto informazioni e spiegazioni in merito	Coscienza del dovere	Dovere
8	"...spero vada tutto bene...ho paura per qualche imprevisto, la situazione è difficile, bisognerebbe avere mente lucida e mille occhi per controllare tutto...sono sempre stata così, mi fa stare in pace..."	La donna è spaventata dall'imprevisto e dalla situazione che non può controllare personalmente	Paura del pericolo	Pericolo
9	"...il dolore lo affronterò sul momento, ho tutte le informazioni sul cosa fare e cosa mi aspetta...mi fanno sentire meno impaurita, mi tranquillizzano..."	La donna si sente sicura nell'affrontare il parto poiché ritiene di avere le giuste informazioni a riguardo	Coscienza del dovere	Dovere
10	"...mi preoccupa il dopo, spero di essere in grado di fare la mamma...non ho mai fatto confronti, in grado rispetto a quello che attendo da me, mi sono preparata molto...spero rispecchi quello che ho in testa..."	La donna si augura di essere una <i>buona madre</i> , rispetto agli standard che ha creato nella sua mente. La donna si sente tranquillizzata dal fatto di essersi preparata teoricamente	Coscienza del dovere	Dovere

11	"...so solo che voglio mio marito con me...mi tranquillizza, mi spaventa rimanere da sola con le ostetriche o altre signore che non conosco...voglio qualcuno che conosco..."	La donna è intimorita dall'idea di rimanere da sola in un luogo a lei sconosciuto con persone sconosciute e tranquillizzata all'idea del compagno al suo fianco	Paura della solitudine	Solitudine
12	"...amiche e sorella mi hanno spiegato tutto quello che succede e seguirò i loro consigli...mi fanno sentire sicura..."	La donna si sente sicura nell'affrontare il parto avendo avuto le giuste informazioni	Coscienza del dovere	Dovere
13	"...qua in ballo c'è la vita di una persona, è questo che mi preoccupa...che qualcosa possa andare storto, che l'ostetrica non se ne accorga e quel caso su milione sia io...spero che stiamo bene sia io che il piccolo..."	La donna è preoccupata dalla pericolosità dell'evento	Paura del pericolo	Pericolo
14	"...sento che dentro la mia pancia sarà sempre con me...fuori dal mio corpo lo sentirò come lontano...già me lo immagino che cammina e si allontana...non posso tenerlo dentro di me per sempre, magari...spero non segni il distacco tra noi..."	La donna non vive in maniera tranquilla l'allontanamento del figlio dal suo corpo	Paura della solitudine	Solitudine
15	"...ho paura per il dopo...essere emarginata dalla società...in gravidanza ho già dovuto rinunciare a tante uscite, non immagino dopo...il mio compagno ci deve essere, la sua presenza mi farebbe sentire tranquilla..."	La donna è spaventata dalla ripercussione che la gravidanza avrà sulla sua vita sociale, è spaventata dal rimanere emarginata da essa. La donna si sente rassicurata dalla presenza del compagno durante il parto	Paura della solitudine	Solitudine
16	"...voglio seguire il piano del parto...viverlo nel migliore dei modi,il migliore per me, voglio rispettare i miei ideali e le mie credenze sul parto naturale...seguendo queste indicazioni rispetterei il mio essere e la vera natura del parto..."	La donna si augura di seguire le idee ed i valori che accompagnano la sua vita	Coscienza del dovere	Dovere

17	"...ansia di essere genitori inadeguati per nostro figlio, vorrei essere una mamma perfetta..mia madre è stata bravissima con me...vorrei essere tanto brava quanto lei...di essere buoni genitori..."	La donna è intimorita dal confronto con sua madre e si augura di raggiungere quello standard	Paura del giudizio	Giudizio
18	"...spero di essere una brava mamma, di essere all'altezza...una mamma brava come tutti si aspettano da me..."	La donna si augura di soddisfare le aspettative che le persone che la circondano hanno nei suoi confronti	Coscienza del giudizio	Giudizio
19	"...essendo medico ho riletto il libro di gineco e mi sento ferrata...mi tranquillizza...nella pratica so cosa deve succedere...mi tranquillizza sapere la teoria e spero di utilizzare bene i miei saperi..."	La donna si sente tranquilla essendo a conoscenza dei principi teorici che regolano l'evento parto	Coscienza del dovere	Dovere
20	"...al corso pre parto mi hanno aiutata molto e tolto tanti dubbi...i riferimenti mi aiutano tantissimo, sentire il parere, i consiglio di chi ne capisce mi tranquillizza...per me sono importanti...spero di essere guidata e aiutata da un'ostetrica che mi tranquillizza..."	La donna vive in maniera serena questo momento conoscendo informazioni e avendo avuto riferimenti importanti. La donna si augura di continuare ad essere guidata	Coscienza del dovere	Dovere
21	"...ho una sorella più grande...sorella brava, che sapeva fare tutto e che mi doveva sempre aiutare...è considerata la mamma perfetta e pensano che non sarò come lei essendo giovane...il continuo confronto diventa stressante...nel farli ricredere mi sentirei leggera..."	La donna soffre per il continuo confronto con la sorella maggiore	Sofferenza per il giudizio	Giudizio
22	"...al corso pre parto ci hanno insegnato che il dolore serve e ci hanno detto come affrontarlo, mi rende tranquilla sapere come reagire a ciò che accade al mio corpo...mi fa sentire al sicuro..."	La donna è serena nel aver avuto indicazioni ed informazioni da professionisti	Coscienza del dovere	Dovere

23	"...paura di fare una brutta figura...di perdere il controllo...mi spaventa urlare...se mi capitasse mi vergognerei da morire...penso che dopo le persone mi giudichino come una che non ce la fa a sopportare il dolore..."	La donna è spaventata dal giudizio degli estranei in seguito alla perdita di controllo del proprio corpo	Paura del giudizio	Giudizio
24	"...formeremo una vera famiglia, noi da soli, nella nostra casetta...finalmente un po' di autonomia...voglio gestirmi la casa e mio figlio come voglio..."	La donna manifesta il desiderio di autonomia che con la nascita del figlio può avverarsi	Desiderio di autonomia	Solitudine

Tabella n. 7

4.4. Corrispondenza fra Organizzazione di Personalità indagata tramite MQOP e Organizzazione di Personalità emersa dall'intervista

Unità di osservazione	<i>Organizzazione di Personalità indagata tramite MQOP</i>	<i>Organizzazione di Personalità emersa dalle interviste</i>
1	Contestualizzata	Contestualizzata
2	Contestualizzata	Contestualizzata
3	Controllante	Contestualizzata
4	Normativa	Controllante
5	Distaccata	Distaccata
6	Controllante	Controllante
7	Normativa	Normativa
8	Controllante	Controllante
9	Normativa	Normativa
10	Normativa	Normativa
11	Distaccata	Distaccata
12	Normativa	Normativa
13	Controllante	Controllante
14	Normativa	Distaccata
15	Distaccata	Distaccata
16	Normativa	Normativa
17	Contestualizzata	Contestualizzata
18	Contestualizzata	Contestualizzata
19	Normativa	Normativa
20	Normativa	Normativa
21	Contestualizzata	Contestualizzata
22	Normativa	Normativa
23	Contestualizzata	Contestualizzata
24	Distaccata	Distaccata

Tabella n. 8

Dalla tabella n. 8 emerge che, in 3 delle 24 unità di analisi reclutate, non c'è corrispondenza tra Organizzazione di Personalità emersa dalla compilazione del MQOP e quella emersa dall'intervista. Questo fenomeno si verifica nelle unità di osservazione n.3, n.4 e n.14.

Corrispondenza fra *Organizzazioni di Personalità*



Figura n. 14

Nell'87.50% delle *Organizzazioni di Personalità* emerse dalle interviste è possibile notare una corrispondenza con quelle emerse dalla somministrazione del MQOP, contrariamente, questa adesione non si verifica nel 12.50% dei casi.

4.5. Analisi statistica

Dall'analisi dei dati ottenuti dal campione è emerso che nell' 87,5% dei casi l'*Organizzazione di Personalità* indagata tramite MQOP corrisponde a quella emersa dall'intervista; in seguito all'analisi statistica effettuata, in cui sono stati calcolati i valori del limite superiore e di quello inferiore dell'intervallo di confidenza, è possibile affermare che il fenomeno risulta verificarsi tra il 74% e il 100% dei casi nella popolazione, con una probabilità del 95%.

5. Discussione

5.1. Temi emersi

Dalle interviste effettuate, attraverso la comprensione dei significati che queste celavano e attraverso l'organizzazione di questi, è stato possibile ricavare per ogni intervista un tema principale attorno al quale si sviluppano le aspettative, le ansie e le paure delle intervistate.

In quattro delle ventiquattro unità di analisi intervistate, il tema emerso corrisponde allo *stressor* del Pericolo, indice di un'Organizzazione di Personalità di tipo Controllante; tale *stressor* è stato declinato in tutte le donne come *paura del pericolo*, a tal proposito le interviste riferiscono "è un momento pericoloso e non so cosa mi aspetta...ho paura di non gestirmi...si perde il controllo del proprio corpo...mi spaventa", "ho paura che io non capisca cosa stia succedendo e il non sapere mi spaventa, mi spaventa il pericolo che non posso capire...spero che mio marito essendo più lucido possa capire subito se c'è qualcosa che non va", "ho paura per qualche imprevisto, la situazione è difficile, bisognerebbe avere mente lucida e mille occhi per controllare tutto" e "qua in ballo c'è la vita di una persona, è questo che mi preoccupa...che qualcosa possa andare storto". Le donne citate mostrano come l'emozione che più caratterizza quel periodo della loro vita sia la paura della pericolosità dell'evento che non possono controllare personalmente, in particolare, una di esse afferma che può sentirsi tranquilla solo nel caso in cui ci sia una persona a lei fidata a controllare la situazione, dimostrando la sua attitudine a selezionare strumenti e riferimenti affidabili in situazioni a lei sconosciute.

Cinque donne hanno dimostrato che il tema emergente dalle loro interviste corrisponde allo *stressor* della Solitudine, tipico delle OP Distaccate. Le unità di analisi in questo gruppo riferiscono "che succeda qualcosa di brutto e non averlo

più con me, tra le mie braccia come immagino... ho paura che una volta fuori non sia lo stesso”, “voglio mio marito con me...mi tranquillizza, mi spaventa rimanere da sola con le ostetriche o altre signore che non conosco...voglio qualcuno che conosco”, “sento che dentro la mia pancia sarà sempre con me...fuori dal mio corpo lo sentirò come lontano...già me lo immagino che cammina e si allontana ...spero non segni il distacco tra noi”, “ho paura di essere emarginata dalla società...in gravidanza ho già dovuto rinunciare a tante uscite, non immagino dopo...il mio compagno ci deve essere, la sua presenza mi farebbe sentire tranquilla” e “formeremo una vera famiglia, noi da soli ...finalmente un po' di autonomia”. Queste affermazioni lasciano comprendere che in questa fase della loro vita ciò che più caratterizza questo gruppo di donne è il concetto di solitudine; tuttavia, quattro di loro manifestano una preoccupazione nei confronti di questo *stressor*, mentre un'unità di osservazione manifesta il proprio desiderio di autonomia che potrà avverarsi unicamente con la nascita del figlio.

In entrambi i gruppi di donne discussi appare evidente come le emozioni che regolano la rielaborazione dell'esperienza siano le emozioni di base e come il senso di sé sia ricavato da segnali interni, dimostrando di appartenere a Organizzazioni di Personalità a reciprocità Fisica; in particolar modo nelle donne che dimostrano di appartenere ad una OP Controllante la decodifica delle esperienze avviene in termini di sicurezza e pericolo, mentre, nelle donne che appartengono ad una OP Distaccata la creazione del senso di sé avviene in funzione dell'isolamento o della condivisione.

In sette delle unità di analisi intervistate, il tema emerso risulta coincidere con lo *stressor* del Giudizio caratterizzante le Organizzazioni di Personalità Contestualizzate. Le donne appartenenti a questo gruppo riferiscono “mi uscirà la lacrima, non so se tutte lo fanno, magari poi risulterà strana agli occhi dell'ostetrica”, “mi vergogno...non voglio fare la cacca davanti all'ostetrica e davanti a mio marito...non voglio che le ostetriche lavorino male a causa mia e mi criticino”, “spero di non sentire la suocera...avrà da ridere su tutto e mi infastidisce molto”, “ansia di essere genitori inadeguati per nostro figlio, vorrei

essere una mamma perfetta ...vorrei essere tanto brava quanto lei”, ” spero di essere una brava mamma, di essere all'altezza...una mamma brava come tutti si aspettano da me”, ”ho una sorella più grande...è considerata la mamma perfetta e pensano che non sarò come lei essendo giovane...il continuo confronto diventa stressante” e ” paura di fare una brutta figura...di perdere il controllo...mi spaventa urlare...se mi capitasse mi vergognerei da morire...penso che dopo le persone mi giudichino come una che non ce la fa a sopportare il dolore”. Le unità di osservazione prese in considerazione mostrano come lo *stressor* del Giudizio caratterizzi questa loro fase di vita in maniera diversa; alcune riportano una coscienza dell'esistenza del giudizio, altre la sofferenza per questo e le ultime la paura per quello che si andrà a creare.

Infine, nell'ultimo gruppo di donne intervistate, composto da 8 donne, il tema emerso combacia con lo *stressor* del Dovere, indice di Organizzazioni di Personalità di tipo Normativo; tale *stressor*, in tutte le unità di analisi considerate, è stato declinato come coscienza del dovere e a tal proposito riferiscono “sicuramente con l'aiuto di professionisti saprò gestirlo...in gravidanza ho letto molto, mi sono informata con libri e riviste, al corso parto ci hanno spiegato molte cose, adesso senti di avere gli strumenti e sono tranquilla”, “ho tutte le informazioni sul cosa fare e cosa mi aspetta...mi fanno sentire meno impaurita, mi tranquillizzano”, “spero di essere in grado di fare la mamma...non ho mai fatto confronti, in grado rispetto a quello che attendo da me, mi sono preparata molto...spero rispecchi quello che ho in testa”, “mi hanno spiegato tutto quello che succede e seguirò i loro consigli...mi fanno sentire sicura”, “viverlo nel migliore dei modi, il migliore per me, voglio rispettare i miei ideali e le mie credenze sul parto naturale...seguendo queste indicazioni rispetterei il mio essere e la vera natura del parto”, “ho riletto il libro di ginecologia e mi sento ferrata...mi tranquillizza...nella pratica so cosa deve succedere...mi tranquillizza sapere la teoria e spero di utilizzare bene i miei saperi”, “mi hanno aiutata molto e tolto tanti dubbi...i riferimenti mi aiutano tantissimo, sentire il parere, i consiglio di chi ne capisce mi tranquillizza...per me sono importanti...spero di essere guidata e aiutata da un'ostetrica che mi tranquillizza” e “ci hanno insegnato che

il dolore serve e ci hanno detto come affrontarlo, mi rende tranquilla sapere come reagire a ciò che accade al mio corpo...mi fa sentire al sicuro". Il concetto che più emerge in queste affermazioni risulta essere l'attitudine di queste donne a cercare regole, schemi e modelli da seguire per esser tranquille durante momenti così delicati.

In questi ultimi gruppi di analisi discussi è possibile notare come le emozioni che fanno da sfondo alla rielaborazione delle esperienze vissute siano emozioni sociali, riflessive e autovalutative, e come il senso di sé sia ricavato in funzione dei segnali esterni, caratteristiche tipiche delle OP a reciprocità Semantica. Nelle donne che hanno avuto un tipo di attaccamento On-line la codifica delle esperienze avviene tramite giudizi esterni e confronti con gli altri, mentre, nelle donne che hanno avuto un tipo di attaccamento Off-line, la costruzione del senso di sé e la codifica delle esperienze vissute avviene in termini di certezza, giustizia e tendenza alla perfezione ricavati da regole, schemi e modelli creati a priori.

Come emerso in ogni Organizzazione di Personalità, in ognuna di esse la risposta che gli individui hanno nei confronti del proprio *stressor* non è unicamente positiva o unicamente negativa, infatti, l'autore delle OP, tende a specificare nei suoi elaborati che non esiste un OP giusta o sbagliata, in quanto, tutte e quattro le categorie possiedono risorse fisiologiche e capacità atte a gestire *stressor* diversi, peculiari di ciascuna di esse.

5.2. Corrispondenza fra OP indagata tramite MQOP e OP emersa dall'intervista

L'analisi delle interviste si trova in accordo con le teorie di Nardi precedentemente illustrate, secondo cui ogni individuo possiede degli *stressor* peculiari, relativi alle proprie Organizzazione di Personalità. Infatti, come dimostrato, gli *stressor* che influenzano le emozioni delle donne comprese nel campione risultano essere

proprio quelli descritti dall' autore citato: il *pericolo*, la *solitudine*, il *giudizio* e il *dovere*. L'innovazione di questo studio risiede nell'aver analizzato le aspettative, le ansie e le paure delle donne in funzione delle Organizzazioni di Personalità in un momento particolare della loro vita ossia, negli ultimi giorni e nelle ultime settimane di gravidanza. L'individuare questa relazione permetterà all'ostetrica di fornire un'assistenza personalizzata e di qualità migliore alla donna, e di conseguenza, farle vivere un'esperienza positiva e soddisfacente.

Dal risultato dell'analisi dei dati raccolti nel campione descritto esiste una corrispondenza fra Organizzazione di Personalità indagata tramite MQOP e quella emersa dall'intervista pari all' 87,50% delle unità di analisi prese in considerazione, che attraverso il lavoro di analisi statistica su di essi effettuato, risulta essere compresa tra il 74% e il 100% di casi nella popolazione, con una probabilità del 95%. Alla luce di questa adesione dimostrata in più del 74% della popolazione è possibile affermare che le aspettative, le ansie e le paure delle donne a termine di gravidanza relative all'evento parto siano inquadrabili all'interno degli schemi emozionali che permettono la rielaborazione delle esperienze e la costruzione del senso della persona dell'individuo, quindi, all'interno delle caratteristiche dell'OP propria dell'individuo.

5.3. Limiti dello studio

Tuttavia, in questo studio risulterebbe errato non valutare alcuni limiti, primo fra tutti la scarsa numerosità del campione indagato, la quale potrebbe aver condotto a risultati falsificati da questa variabile. Inoltre, i questionari relativi all'indagine sulla propria Organizzazione di Personalità sono stati compilati durante momenti in attesa della visita medica prenotata, e l'ansia derivante del risultato di questa potrebbe aver inficiato il risultato del MQOP in seguito ad una compilazione frettolosa e poco attenta. Infine, non si esclude una bias da parte

dell'intervistatore nell'interpretare il racconto degli individui con il proprio vissuto e bagaglio emozionale.

5.4. Proposte di sviluppo

In seguito a quanto dichiarato nei limiti della ricerca effettuata, per raggiungere lo scopo di questo studio in maniera più oggettiva e statisticamente significativa si propone uno sviluppo dello studio aumentando il numero delle unità di osservazione facenti parte il campione, proponendo la compilazione del test somministrato in un momento di tranquillità, non influenzato da un imminente parere medico e dalle tempistiche strette dell'organizzazione ambulatoriale. Un'altra proposta di sviluppo dello studio potrebbe esser realizzata nell'andare a valutare a posteriori, il grado di soddisfazione relativo all'evento parto percepito dalle donne nel post-partum andando a verificare se i bisogni relativi agli *stressor* caratterizzanti le proprie Organizzazioni di Personalità sono stati accolti.

6. Conclusione

Lo studio in questione ha permesso di dimostrare come, a parità di condizione ostetriche, le aspettative, le ansie e le paure provate dalle donne a termine di gravidanza nei confronti dell'evento parto siano diverse fra loro, ognuna di esse inquadrabile all'interno delle caratteristiche dell'Organizzazione di Personalità alla quale appartengono, con una percentuale di attendibilità compresa fra il 74% e il 100%. Il dato ottenuto permette di comprendere il ruolo fondamentale della figura dell'ostetrica che, al fine di garantire un'esperienza vissuta come positiva dalla donna sua assistita, ha il dovere di adeguarsi ai bisogni, alle necessità e alle richieste da lei espresse.

Come suggerito da studi citati precedentemente, il livello di soddisfazione materna, influenzato dalle aspettative maturate nei confronti dell'evento, è fondamentale all'esperienza della maternità in quanto condurrebbe ad una buona relazione madre-bambino, ad un buon attaccamento e ad un corretto avvio dell'allattamento ^(5,6). È proprio sulla base di queste affermazioni che appare evidente come la figura dell'ostetrica possa modificare la percezione che la donna avrà dell'evento vissuto.

L'ostetrica che ingloba tutte le caratteristiche della triade *sapere, saper fare e saper essere* dovrà essere colei che sa modificare il rapporto con ogni sua assistita in funzione delle necessità psicologiche dell'individuo che ha di fronte; sarà colei che utilizza un approccio personalizzato alle esigenze di ogni donna, riuscendone a scovare i desideri e i bisogni più nascosti, discostandosi dal solo utilizzo della cartella clinica.

Sebbene la cartella clinica sia uno strumento fondamentale alla pratica, spesso, affidandosi unicamente a essa, l'ostetrica, nel relazionarsi con le donne, utilizza un approccio standardizzato alla diagnosi effettuata, omettendo una parte

fondamentale del proprio ruolo: il conoscere a fondo la partoriente. La conoscenza approfondita fra paziente e professionista sanitario oggi giorno, con la turnistica e i ritmi lavorativi, spesso risulta essere posta in secondo piano, quando invece, al fine di garantire un'esperienza unica, irripetibile e personalizzata, gioca un ruolo cruciale. A questo proposito, sarebbe opportuno che l'ostetrica, attraverso un modello assistenziale *one-to-one*, si interessasse riguardo le aspettative, i bisogni e le necessità della donna che andrà ad assistere attraverso una conoscenza approfondita. Tale conoscenza permette all'ostetrica di comprendere quali sono gli *stressor*, e le risorse fisiologiche che caratterizzano l'Organizzazione di Personalità della donna da lei assistita, e di conseguenza, comprendere gli schemi emozionali che la partoriente utilizza per costruire il senso di sé come madre.

In conclusione, con lo scopo di dimostrare come questa professione sia una professione di relazione oltre che d'azione, possiamo affermare che il ruolo dell'ostetrica, al fine di garantire un'esperienza vissuta come soddisfacente, dovrebbe essere un ruolo non protocollabile, in un continuo cambiamento dettato dalla diversità interiore delle donne sebbene queste siano descritte all'interno delle cartelle cliniche tramite gli stessi termini.

7. Bibliografia

1. Ledford CJW, Canzona MR, Womack JJ, Hodge JA. Influence of provider communication on woman's delivery expectations and birth experience appraisal: a qualitative study. *Fam Med* 2016; 48(7):523-31
2. Marques ACM. Determinants of woman's expectations and satisfactions during labour, delivery and postpartum. Escola Superior de Saude de Viseu; 2013
3. Kyaddondo D, Mugerwa K, Byamugisha J, Oladapo OT, Bohren MA. Expectations of needs in Ugandan woman for improved quality of childbirth care in health facilities: A qualitative study. *Int J Gynecol Obs* 2017; 139(1):38-46
4. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M. Woman's needs and expectations during normal labour and delivery. *J Educ Health Promot* 2015; 4(1):31-7
5. Marques GM, Nascimento DZ, Iser BPM. An instrument which addresses the expectations of pregnant woman over childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220(5):506-7
6. Blomquist JL, Quiroz LH, Hand VL. Mother's satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 2011; 28(5):383-8
7. Gregory KD, Korst LM, Saeb S, et al. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220(2):201-19

8. Afshar Y, Mei J, Wong M, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. The role of the birth plan in obstetrical and neonatal outcomes and birth experience satisfaction. *AM J Obstet Gynecol* 2015; 212(1):282
9. Marques GM, Nascimento DZ, Trevisol DJ, Iser BPM. Instruments measuring pregnant woman's expectations of labour and childbirth: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 246:90-98
10. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant woman: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96:907-920
11. Hofberg K, Ward M. Fear of childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79 505-10
12. Melender HL. Experiences of fear associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant woman. *Birth* 2002; 29:101-9
13. Hofberg K, Brockington I. Tocophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* 2000; 176:83-5
14. Raphael-Leff J. *Psychological process of childbearing*, 4th edn. Guilford and Kings Lynn, UK: Biddies Ltd, 2005; 294
15. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTTS) 4-6 weeks and 6 months after birth : a longitudinal population-based study. *J Affect Disord* 2017; 221:238-45

16. Capik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews Evid-Based Nurs* 2018; 15:455-63
17. Geissbuehel V, Eberhand J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant woman. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23:229-35
18. Saisto T, Salmela A, Kononem T, Halmesmaki E. A randomised controlled trail of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gybel* 2001; 98:820-6
19. Nieminen K, Wijma K, Johansson S, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish woman givin birth to their first child. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96(4):438-46
20. Ministero della Salute Italiana. Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole. *Linea Guida* 19 2010; 27-9
21. Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders*, New York: Guilford, 1983
22. Guidano VF. *Complexity of the Self*, Guilford, New York: Guilford, 1987. (Trad. It.: "La complessità del Sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1988)
23. Guidano VF. *The Self in process*, New York: Guilford, 1991. (Trad. It.: "Il Sé nel suo divenire", Bollati Boringhieri, Torino, 1992)
24. Damasio A. *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harcourt, 1999 (Trad. It.: "Emozione e coscienza", Adelphi, 2000)

25. Nardi B. Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia, Milano: Franco Angeli, 2007
26. Marcus GF. The Birth of The Mind: How a Tiny Number of Genes Creates the Complexities of Human Thought, New York: Basic Books, 2004
27. Ainsworth M, Bowlby J. Child Care and the Growth of Love, London: Penguin Books, 1965
28. Nardi B. Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo, Milano: Franco Angeli, 2001
29. Nardi B. Valenze adattative dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale. Quaderni di psicoterapia cognitiva, 2005
30. Nardi B, Capecchi I. I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità individuale. Quaderni di psicoterapia cognitiva, 2006
31. Nardi B. Etiologia ed attualità del disagio mentale: recenti acquisizioni in ambito etologico evolutivo e cognitivistico, 1995
32. Nardi B, Pannelli G. Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico-processuale. Rivista di psichiatria, 1997
33. Maturana HR, Varela FG. Autopoiesis and Cognition, Dordrecht, Netherlands: Reidel, 1980
34. Tomkins S. Script Theory: Differential Magnification of Affects. Nebraska Symposium On Motivation, Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1978
35. Bertolino A, Arciero G, Rubino V et al. Variation of human Amygala response during threatening stimuli as function of 5'HTTLPR genotype and personality style. Biological Psychiatry 2005; 57

36. Nardi B, Capecchi I, Fabri M et al. fMRI investigation of emotional activations during visual processing of other or own facial expressions in subjects with inward or outward personality. *Rivista di psichiatria* 2008; 43(4):233-41
37. Nardi B, Marini A, Turchi C, Arimatea E, Tagliabracci A, Bellantuono C. Role of 5-HTTLPR polymorphism in the development of the inward/outward personality organization: a genetic association study. *Journal Pone* 2013; 8(12)
38. Nardi B. *Organizzazione di Personalità: Normalità e Patologia Psicica*, Ancona: Accademia dei Cognitivi della Marca, 2017
39. Picardi A, Mannino G, Arciero G, et al (2003). Development and validation of QSP, an instrument to assess personality style in the framework of the "personal meaning organisations" theory. *Rivista di Psichiatria* 2003; 38(1): 13–34
40. Nardi B, Arimatea E, Giovagnoli S, Blasi S, Bellantuono C, Rezzonico G. The mini questionnaire of personal organization (MQPO): Preliminary validation of a new post-rationalist personality questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2012; 19:78-90
41. Arimatea E, Vernice M, Nardi B. Il Post-Rationalist Projective Reactive "PRPR": validazione preliminare del primo test proiettivo post-razionalista. *Quaderni di psicoterapia* 2012; 29(2)
42. Colaizzi P. *Psychological research as the phenomenologist views it*, New York: Oxford University Press, 1978

8. Allegati

Allegato n. 1

Informativa sulla Privacy

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e dell'Art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si desidera informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati esclusivamente allo scopo di ricerca e al fine di elaborare la Tesi di Laurea di Gioia Chiodi, Università Politecnica delle Marche, CdL in Ostetricia, mat. 1078286.

Modalità di raccolta, trattamento e conservazione dati

Si informa che, la raccolta dati avverrà tramite somministrazione di un questionario ed attraverso la registrazione di un'intervista condotta dalla laureanda. Il trattamento di questi sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003. Nel caso specifico, ogni questionario cartaceo verrà abbinato alla corrispettiva registrazione attraverso un codice numerico tale per il cui verrà garantito il Suo anonimato.

Si segnala che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'Art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Titolare del trattamento

UNIVPM- Università Politecnica delle Marche
facoltà di Medicina e Chirurgia

Responsabile del trattamento

Dott. Bernardo Nardi
in qualità di Relatore

Diritti dell'interessato

Si ricorda inoltre che, in ogni momento, Lei potrà esercitare nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli Aart. dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, di ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati e di revocare il consenso al trattamento degli stessi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La Sottoscritta _____
nata a _____ il _____
residente a _____ in via _____

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti descritti dall'informativa allegata.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegato n. 2

Mini Questionario sull'Organizzazione Personale

“MQOP”
Mini Questionario sulla Organizzazione Personale

Istruzioni

Fogli di risposta

Il questionario è composto da 20 affermazioni che riguardano come Lei si sente o ciò che maggiormente Le accade o come solitamente si comporta. Le chiediamo cortesemente di rispondere in base a quello che è il suo modo generale, tipico, di essere e di sentire, e non a situazioni che Lei ritiene occasionali, legate soltanto al momento della compilazione o corrispondenti a come Lei vorrebbe essere. Tenga conto dell'intera affermazione e non di una sola parte di essa. Risponda per favore segnando una crocetta nella casella per Lei più significativa, nella quale si ritrova maggiormente e che meglio descrive il suo modo di sentire e di comportarsi.

1. Per sentirmi adeguato/a è molto importante per me non deludere le aspettative degli altri

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

2. Quando non mi posso muovere liberamente mi manca l'aria

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

3. Mi fa star meglio l'impegno che metto nel fare una cosa, piuttosto che la considerazione da parte degli altri

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

4. Per me la solitudine è la condizione di base della vita

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

5. Per me è importante capire se gli altri mi approvano o meno

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

6. Mi fa sentire libero/a e non costretto/a avere il controllo di una situazione

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

7. Per sentirmi equo/a ed imparziale, mi capita abitualmente di tenere più in considerazione le mie norme interne, piuttosto che il parere di chi mi circonda

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

8. È una mia tendenza costante pensare di essere solo/a e che tra me e gli altri ci sia un distacco notevole

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

9. Per me è importante che il mio punto di vista venga condiviso dalle persone alle quali tengo

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

10. Abitualmente, se vengo controllato/a, più che sentirmi svalutato/a dagli altri, mi sento costretto/a e non libero/a

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

11. Non tendo a cambiare le mie convinzioni quando vengo criticato/a dagli altri

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

12. Visto che non posso contare su nessuno, quando devo affrontare qualcosa cerco di mettercela tutta, tanto dipende solo da me

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

13. Quando gli altri mi criticano o mi disapprovano mi fanno sentire a disagio e inadeguato/a

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

14. Per me è fondamentale poter entrare e uscire da una situazione liberamente

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

15. Nelle situazioni di dubbio le idee degli altri pesano meno rispetto alle mie

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

16. Per riuscire nella vita uno/a si deve impegnare a fondo confrontandosi con il proprio destino di solitudine

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

17. Essere apprezzato/a e ricercato/a dagli altri mi fa sentire importante

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

18. Sto bene con persone affidabili che non mi opprimono con le loro richieste

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

19. Quando ho una incertezza tendo ad ignorare le aspettative degli altri

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

20. Nella mia vita, ho sempre dovuto cavarmela da solo/a non potendo contare sull'aiuto degli altri

1	2	3	4	5	6
Completamente falso per me	Molto falso per me	Sufficientemente falso per me	Sufficientemente vero per me	Molto vero per me	Completamente vero per me

Allegato n. 3

Struttura dell'intervista

Sig.ra n. ___

OP emersa dal MQOP	Età	Nazionalità	Stato Civile	Titolo di studio	Condizione occupazionale	S.G.

Traccia:

- Come si sente in questo momento in prossimità del parto?
- Ad oggi, ha delle aspettative riguardanti il parto? Perché lo vorrebbe così?
- Come si immagina il primo incontro?

Ringraziamenti

Primi fra tutti, si intendono ringraziare il Professore Bernardo Nardi e la Dottoressa Ostetrica Chiara Cerioni per aver contribuito e supervisionato alla realizzazione di questo studio.

Si ringraziano i Direttori delle Unità Operative Compartimentali di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero “G. Salesi” AOU Ospedali Riuniti di Ancona e del presidio ospedaliero “A. Murri” di Fermo, asur area vasta 4, per aver acconsentito alla frequenza volontaria delle rispettive UOC.

Si ringrazia l'equipe Medico-Ostetrica-Infermieristica che presta servizio negli ambulatori delle Unità Operative sopra citate per aver reso disponibile il proprio tempo ed i propri spazi al fine di effettuare la raccolta dati.

Si ringraziano infine tutte le donne che hanno preso parte alla ricerca.