



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Dipartimento di NEUROSCIENZE

**SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN: SCIENZE MEDICHE, CLINICHE E
SPERIMENTALI**

INDIRIZZO: NEUROSCIENZE

CICLO XXII

**ANSIA PRENATALE NELLE DONNE IMMIGRATE:
COMPLICANZE IN GRAVIDANZA, AL PARTO E NEONATALI**

Direttore della Scuola : Ch.mo Prof. Antonio Tiengo

Coordinatore d'indirizzo: Ch.mo Prof. Corrado Angelini

Supervisore :Ch.mo Prof. Paolo Santonastaso

Dottorando : Dott.ssa Marta Boaretto

Ansia prenatale nelle donne immigrate: complicanze in gravidanza, al parto e neonatali.

RIASSUNTO

Contesto: Sperimentare ansia durante la gravidanza sembra essere associato ad un maggior numero di complicanze perinatali e potrebbe avere un ruolo nella programmazione di alcune funzioni cerebrali, tra cui la regolazione delle risposte allo stress. Il nostro studio ipotizza una maggiore esposizione a stress ed ansia nelle donne immigrate e si propone di valutare i livelli di ansia in gravidanza e lo sviluppo di complicanze gravidiche e perinatali in un gruppo di donne immigrate a confronto con un gruppo di donne italiane.

Metodo: Grazie a due interviste in momenti distinti della gravidanza, è stato possibile misurare l'ansia di stato e di tratto, il supporto sociale e del partner, l'atteggiamento verso la gravidanza e il mastery. La prima intervista è stata realizzata entro la ventesima settimana, la seconda a fine gravidanza. L'ansia è stata misurata utilizzando lo STAI (State Trait Anxiety Inventory). Successivamente al parto si è avuto accesso alle cartelle cliniche delle donne intervistate, da cui è stato possibile ricavare informazioni circa eventuali complicazioni in gravidanza, al parto e neonatali. Il campione finale includeva 92 donne italiane e 111 donne straniere di differente etnia.

Risultati: Rispetto alle donne italiane, le madri straniere sperimentano un'ansia di tratto più elevata nelle prime fasi della gravidanza e un'ansia di stato più alta a fine gravidanza. Pur dimostrando un atteggiamento positivo nei confronti della gravidanza, ricevono minor supporto sociale e hanno bassi livelli di mastery. In particolare le donne dell'Africa subsahariana sperimentano la condizione peggiore.

I risultati dello studio indicano una differenza tra italiane e straniere quanto a complicanze del parto. Le donne immigrate hanno un rischio maggiore di presentazioni podaliche o altre malpresentazioni, nonché di uso di forcipe e ventosa al parto.

La scolarità, il supporto del partner e l'ansia di tratto risultavano predittive dell'ansia di stato a fine gravidanza: alti livelli di istruzione ed un valido sostegno del partner erano collegati ad una bassa ansia di stato, e viceversa, e un'elevata ansia di tratto prediceva un'alta ansia di stato.

La ricerca intendeva soprattutto verificare la relazione tra ansia di stato e di tratto e la presenza di complicazioni in gravidanza, al parto e neonatali. Il legame tra ansia e complicanze ha trovato piena conferma. I risultati hanno rivelato che le donne con una maggiore ansia di stato all'inizio della gravidanza avevano figli più piccoli e con un Apgar più basso. Come atteso, nelle donne immigrate alti livelli di ansia di stato correlavano con un basso peso alla nascita.

Conclusioni: Interventi volti a ridurre l'ansia potrebbero migliorare, soprattutto nel caso delle donne dell'africa subsahariana, gli esiti del parto e la salute futura delle nuove generazioni.

Antenatal maternal anxiety in immigrant women: pregnancy, delivery and birth-related complications.

ABSTRACT

Context: Antenatal maternal anxiety seems to be related to the risk of perinatal complications and may contribute to early programming of some brain functions, such as the regulation of the responses to stress. In our study immigrant women are supposed to be particularly exposed to anxiety and stress and the research aims to examine anxiety levels during pregnancy and perinatal outcomes (pregnancy, delivery and birth-related complications) in a sample of immigrant women compared to Italian women.

Method: Measures of state and trait anxiety, social and partner support, attitudes toward pregnancy and mastery were obtained by interviews, twice in pregnancy. The first interview was conducted at a gestational age lower than 20 weeks, the second in late pregnancy. Anxiety was investigated by the State Trait Anxiety Inventory, STAI. For assessment of pregnancy, delivery and birth-related complications the medical records of the included women and their offspring were reviewed after delivery. The final sample comprised 92 Italian subjects and 111 immigrant pregnant women with different ethnic origins.

Results: Compared to Italian women, immigrant pregnant women experienced higher trait anxiety levels in early pregnancy and higher state anxiety levels in late pregnancy. In spite of positive attitudes toward pregnancy, they received less social support and they were low in mastery. In particular Subsaharian African women experienced the worst conditions.

The study results revealed differences in delivery-related complications between Italian and immigrant women. Immigrant women have an increased risk for podalic versions or other misalignments, and for the use of forceps and vacuum extraction during delivery.

Schooling, partner support and trait anxiety predicted state anxiety: high levels of education and a good support from the partner were related to low state anxiety, and viceversa, and high trait anxiety predicted high state anxiety in late pregnancy.

First of all the research focused on the relationships of the variables state and trait anxiety with prenatal, intrapartum, and neonatal complications. Results indicated that

women with high state anxiety levels in the first period of gestation had shorter babies; lower Apgar scores were registered too. As expected, high state anxiety levels in immigrant women correlated with low birth weight.

Conclusions: Interventions that reduce anxiety, particularly among Sub-Saharan African pregnant women, may improve pregnancy outcomes and offspring future health.

INDICE

Introduzione	9
2. IL CONTESTO DELLA RICERCA	13
2.1 Immigrazione femminile	13
2.1.1 Il fenomeno migratorio	13
2.1.2 Donne immigrate e gravidanza	18
2.2 Ansia e complicazioni	24
2.2.1 Ambiente fetale e sviluppo successivo	24
2.2.2 L'ansia nel corso della gravidanza: predittori e sue declinazioni	26
2.2.3 Ansia e complicazioni in gravidanza, al parto e neonatali.....	27
2.3 L'ansia	32
2.3.1 Definizione di stress.....	32
2.3.2 Psiconeurobiologia dello stress.....	34
2.3.3 Effetti dell'ansia sulla gravidanza: meccanismi fisiologici	38
3. LA RICERCA	45
3.1 Principali scopi e ipotesi della ricerca.....	45
3.2 Metodo	46
3.2.1 Campione	46
3.2.2 Materiali	47
3.2.3 Procedura	49
3.3 Risultati	51
3.3.1 Differenze tra madri italiane e straniere.....	51
3.3.2 Salute psichica in gravidanza: predittori di ansia al followup	58
3.3.3 Relazione tra ansia e complicanze perinatali	59
4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	61
Bibliografia	69
Allegati.....	77

Introduzione

Ogni donna in attesa di un figlio può comunemente sperimentare varie preoccupazioni in relazione alla gravidanza, al parto (benessere proprio e del bambino, competenza dello staff curante, parto cesareo,...) e alla nuova situazione che la gravidanza determina nella sua vita (Melender, 2002). Se prendiamo in considerazione il nuovo scenario multietnico risulta facile immaginare quanto la gravidanza, soprattutto in assenza di una forte rete di supporto sociale, dei propri riferimenti culturali, della propria famiglia d'origine, di una solidità economica, possa rappresentare per la donna immigrata un momento di potenziale difficoltà e ansia.

Secondo i dati del Dossier Caritas Migrantes (2009) le donne straniere ed i loro bambini hanno un maggior numero di problemi al parto (es.: nati prematuri) ed un'elevata incidenza di mortalità infantile. Si può pensare che le complicanze neonatali siano determinate in misura prioritaria dalle condizioni del bambino alla nascita, dalle condizioni della madre, dall'accesso alle cure perinatali, mentre le complicanze più tardive subiscono anche gli effetti di fattori ambientali.

Ampia letteratura dimostra che i disturbi ansiosi durante la gravidanza, se non adeguatamente riconosciuti e trattati, possono avere conseguenze molto gravi sia per la madre che per il neonato (Altshuler et al. 1998). Numerosi studi a cui fa riferimento la presente ricerca hanno dimostrato che le emozioni negative provate dalla madre in gravidanza sono associate a diverse conseguenze negative per la gravidanza stessa.

Il presente lavoro intende quindi aumentare le conoscenze circa i vissuti sperimentati dalle donne immigrate in attesa di un figlio, indagando se siano differenti da quelli del campione di italiane e se vi siano delle differenze tra le etnie. Infine lo scopo del presente lavoro è verificare se le donne immigrate siano esposte a specifiche complicanze della gravidanza, ostetriche o neonatali e se tali complicanze siano legate allo stato ansioso.

Si ipotizza che due meccanismi fisiologici in particolare possano spiegare come lo stato affettivo materno possa avere effetti sul feto. Secondo una prima spiegazione gli ormoni materni dello stress, soprattutto i glucocorticoidi, vengono trasmessi al feto attraverso la placenta. Secondo una seconda ipotesi invece l'ansia nelle donne in gravidanza è associata ad un alterato flusso sanguigno nelle arterie uterine, il quale è a sua volta causa di complicanze ostetriche e di stress per il feto.

Una nuova corrente di studi approfondisce il tema dell' "origine fetale" dei disturbi della vita adulta. La "fetal programming hypothesis" (Drake et Walker, 2004) sostiene che

uno stimolo che agisca durante periodi critici della crescita e dello sviluppo fetale può alterare in modo permanente le strutture e le funzioni dei tessuti; l'esposizione ad un ambiente avverso all'interno dell'utero sembra portare ad una programmazione permanente della funzione dei tessuti e ad un rischio di patologie nella vita adulta.

Studi realizzati sia negli Stati Uniti sia in contesto europeo hanno riscontrato un'associazione tra stress materno e parti prematuri (Austin & Leader, 2000). L'ansia prenatale sembra essere uno dei maggiori fattori di rischio per quanto riguarda gli aborti spontanei, i parti prematuri, bambini malformati o con sviluppo ritardato (ridotta circonferenza cranica), la preeclampsia, il basso peso alla nascita e altre complicazioni durante il parto (Gurung e coll., 2005, Huizink e coll., 2003; Mulder e coll., 2002, Kurki et al., 2000). In particolare, la percezione, nel secondo trimestre di gravidanza, di un insoddisfacente supporto sociale risulterebbe predittiva di un basso peso alla nascita (Da Costa et al., 2000). Vi è inoltre una possibile relazione tra variazioni nei livelli di "ansia di stato" durante la gravidanza ed alcune complicazioni ostetriche (Rizzardo et al., 1988): secondo lo studio, nei casi con complicazioni ostetriche, l'ansia di stato era oscillata significativamente nel corso della gravidanza: aveva raggiunto un picco al terzo mese, era scesa al sesto, risalita considerevolmente al nono per poi scendere drasticamente dopo il parto. Le donne i cui parti si erano conclusi senza complicazioni avevano mostrato un andamento più regolare dei livelli d'ansia.

Una review del 2003 (Johnson & Slade) documenta come forse non si possa parlare di un'associazione di per sé tra "ansia" e "complicanze ostetriche", quanto piuttosto si possano ipotizzare specifiche associazioni tra determinati tipi di ansia (es.: stress psicosociale, preoccupazioni legate al parto) e precise complicanze, come un parto prolungato o un taglio cesareo.

L'ansia prenatale sembra influire sullo sviluppo della corteccia prefrontale, ritenuta implicata nella regolazione del comportamento: recenti indagini evidenziano che i figli di donne particolarmente ansiose e stressate in gravidanza (specie nelle ultime fasi) mostrano marcate alterazioni comportamentali, disturbi attentivi, bassi punteggi di sviluppo mentale all'età di due anni (Huizink et al., 2002; Evelien et al., 2001). Lo stress materno durante la gravidanza sembra determinare una suscettibilità generale alla psicopatologia. Secondo una review basata sugli studi degli ultimi 10 anni sull'argomento (Van den Bergh et al., 2005) l'ansia e lo stress materno prenatale sono positivamente correlati a problemi della regolazione della sfera cognitiva, comportamentale ed emotiva, con caratteristiche differenti nelle varie fasi di crescita del bambino.

Abbondante letteratura scientifica ha dimostrato che alcune complicanze ostetriche, probabilmente attraverso un'alterazione di specifiche funzioni cerebrali, possono essere implicate nella patogenesi di vari disturbi psichiatrici, tra cui autismo, schizofrenia (Dalman et al., 1999; Zornbeg et al., 2000) e disturbi alimentari (Favaro et al., 2006; Foley et al., 2001).

Infine, è stata ritrovata un'associazione significativa tra disturbi depressivi e/o ansiosi durante la gravidanza e un frequente ricorso a visite ostetriche o focalizzate sul parto, e una maggiore programmazione di parti cesarei e anestesie epidurali (Andersson et al., 2004).

2. IL CONTESTO DELLA RICERCA

2.1 Immigrazione femminile

2.1.1 Il fenomeno migratorio

“La donna che emigra, che diviene soggetto attivo, è un fatto inedito, straordinario e appartiene all’oggi. Nel tempo la donna ha rappresentato la stanzialità, di chi resta e attende il ritorno di chi è andato.”

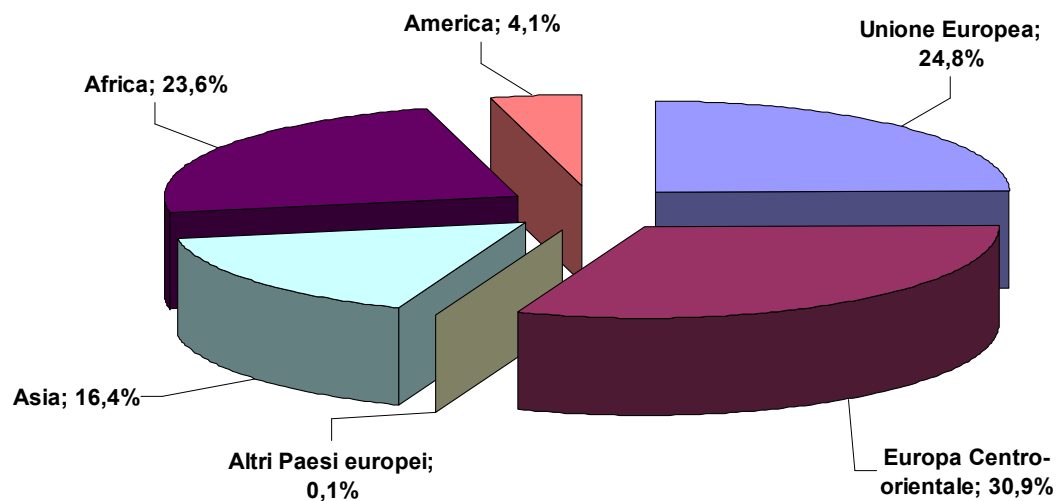
R. Biagioli (2003)

Secondo i dati del Dossier Statistico 2009 Caritas Migrantes alla fine del 2008, anno di riferimento per il presente studio, i cittadini stranieri residenti erano 3.891.295, cui si aggiungono le presenze regolari non ancora registrate arrivando a circa 4.330.000 persone. Per comprendere l’ampiezza del fenomeno si può dire che il 7,2% degli abitanti, ossia uno ogni 14, è di origine straniera e che i lavoratori stranieri costituiscono quasi un decimo degli occupati del nostro Paese. In modo speculare rispetto alla situazione italiana, in cui prevalgono le classi anziane, le fasce d’età più rappresentate nella popolazione straniera sono quelle giovani; si osserva che ad inizio gennaio 2008, i residenti di cittadinanza italiana avevano un’età media di circa 43 anni, mentre i residenti stranieri avevano un’età media di 31,1 anni. Più di un quinto del totale di immigrati è costituito da minori; gli stranieri nati in Italia ad inizio gennaio 2009 erano circa 519.000, segnando un aumento del 13,4% rispetto allo stesso dato per il 2008. Riferendosi ai dati degli ultimi venti anni, l’incidenza della popolazione straniera nel nostro Paese segue un trend crescente ma i valori raggiunti sono ancora bassi se confrontati con quelli di altri grandi Paesi europei come Spagna (11,7%), Germania (8,2%) o Austria (10,1%).

La popolazione straniera si distribuisce sul territorio italiano in modo non uniforme, concentrandosi prevalentemente al nord del paese e trascurando il sud e le isole: al Nord si registra il 62,1% delle presenze, e Nord e Centro assieme raccolgono circa l’87,2% delle presenze straniere in Italia. Dal 2002 il Veneto è la seconda regione italiana per residenti stranieri; circa l’incidenza di immigrati sul totale dei residenti è invece la terza regione insieme alla Lombardia, dopo Emilia Romagna e Umbria, con un valore di 9,3%.

Alla fine del 2008 gli stranieri iscritti alle anagrafi erano circa 455.000, il 12% del complessivo totale nazionale. La provincia di Padova con 79.878 immigrati è la quarta provincia veneta per numero di residenti stranieri, così come per incidenza (l'8,7%) sul totale della popolazione residente (dati Dossier Permanente Immigrazione, Osservatorio regionale immigrazione). Il Veneto è divenuto una delle mete preferite a seguito del boom economico del Nord Est, (cui tra l'altro è conseguito un innalzamento dei livelli medi di istruzione degli autoctoni ed il rifiuto dei lavori meno qualificati), a seguito della crisi balcaniche (ex Jugoslavia e Albania), a seguito del calo delle nascite e dell'innalzamento della popolazione anziana. Inoltre, "l'allargamento dell'UE a Romania e Bulgaria ha poi visto il Veneto, sia per vicinanza geografica sia per rapporti economici fondati sulla precedente delocalizzazione, come prima meta dei migranti romeni, diventati rapidamente la prima collettività per residenti, con il 19% del totale" (Caritas Migrantes, 2009, p. 354). Come raffigurato nel grafico 1, nell'anno in esame quasi la metà dei cittadini stranieri residenti nel Veneto proveniva da uno stato europeo (circa il 25% da uno stato UE, il 31% da uno non UE), quasi il 24% dall'Africa e il 16% dall'Asia.

Grafico 1. Veneto. Stranieri residenti per continente di provenienza (31.12.2008)



Fonte: Osservatorio Immigrazione Regione Veneto.

In Veneto in settori quali la concia delle pelli, la meccanica e la chimica, si impiega quasi esclusivamente la manodopera straniera. Lo straniero, che nella regione raramente vive in città, è impiegato anche nel terziario dove si occupa di assistenza, trasporti,

pubblici esercizi, commercio, attività domestiche. Negli ultimi anni il tasso di crescita della popolazione immigrata femminile è superiore a quello maschile ed in continuo aumento.

L'immigrato è colui che giunge in un paese non suo, "una persona che entra e diviene un residente permanente in uno Stato-nazione diverso da quello dove è nato" (Campani, 2002). Gli studiosi delle migrazioni contemporanee ritengono che una delle principali tendenze, che caratterizza e differenzia la nostra epoca dalle precedenti, è la "femminilizzazione delle migrazioni". Secondo un documento delle Nazioni Unite (2009), a livello globale l'immigrazione femminile costituisce circa la metà dell'intero movimento migratorio, con una previsione, per gli anni a venire, di un innalzamento della percentuale di donne immigrate sugli uomini in zone come l'Europa e, secondariamente, l'Oceania, l'America Latina, i Caraibi e il Nord America. Al contrario in area asiatica ed africana il numero di migranti uomini supera notevolmente, e pare continuerà a superare, quello delle donne. Escludendo le non iscritte in anagrafe, in Italia le donne rappresentano il 50,8 % della popolazione straniera.

All'interno della definizione di "donne immigrate" sono convenzionalmente incluse donne che hanno diritto di residenza in uno stato diverso dal loro, donne di origine straniera che hanno già ottenuto la nazionalità del paese di immigrazione, rifugiate, seconde generazioni e clandestine. Mentre nel passato le donne si spostavano principalmente all'interno di un progetto di ricongiungimento familiare, attualmente sta aumentando il flusso di donne che scelgono l'emigrazione come percorso autonomo di ricerca occupazionale. Va ricordato che il fenomeno della scolarizzazione femminile di massa ha generato una nuova tipologia di migrante, più consapevole, capace di partire da sola dal proprio Paese, con aspettative nuove nei confronti del lavoro come della propria vita. Spesso nel Paese d'origine "la pressione femminile sul mercato del lavoro non trova sbocco; anzi, in taluni contesti, come per esempio l'Europa dell'Est, le donne, proprio perché donne, vengono espulsa dal mercato del lavoro" (Campani, 2002). Inoltre, rispetto al passato è lo stesso paese di accoglienza, in conseguenza dei cambiamenti nelle strutture produttive, che aumenta la richiesta di manodopera femminile e diminuisce la domanda di quella maschile. Va notato comunque che i recenti flussi migratori non hanno risposto a politiche ufficiali di reclutamento, organizzate dagli Stati, volte a soddisfare i bisogni di manodopera nei vari settori (industria, agricoltura, edilizia, servizi); l'immigrato pertanto è rimasto esposto a situazioni di precarietà e di fragilità giuridica oltre che professionale. In misura maggiore che nelle epoche precedenti il migrante vive con difficoltà l'inserimento sociale e lavorativo, "resta migrante e non attua il passaggio da migrante a immigrato prima, da immigrato a cittadino poi" (Campani, 2002).

Uno studio commissionato dalle Nazioni Unite (Bilsborrow & Schoorl, 2006), ha voluto approfondire quali aspetti caratterizzino le persone che scelgono di migrare, rispetto ai loro compaesani (caratteristiche personali pre-immigrazione). Ad eccezione del gruppo delle ghanesi, le donne che scelgono la migrazione internazionale, soprattutto se si muovono in autonomia per motivi professionali, tendono ad essere “selezionate positivamente” non solo rispetto alle altre donne non migranti ma anche rispetto agli uomini: tendenzialmente hanno un’età maggiore, un buon livello di istruzione e significative esperienze lavorative pregresse. Contemporaneamente in ogni paese esistono anche donne che intraprendono la migrazione internazionale mosse dalla povertà, talvolta ingannate da proposte di migliori prospettive lavorative, coinvolte poi nel mercato del sesso. Le caratteristiche della migrazione internazionale femminile tendono pertanto ad avere una distribuzione bimodale; per esempio, diversamente dalla migrazione maschile, quella femminile ha alte percentuali tanto di donne con elevata istruzione, tanto di donne con bassi livelli culturali.

Un altro ambito di caratteristiche premigratorie da considerare riguarda il grado di coinvolgimento familiare: l’aver figli con i quali si convive e l’essere sposati trattiene le donne dal migrare più che gli uomini. Per quanto riguarda la migrazione di donne in autonomia, risulta che le donne figlie di padri con alti livelli d’istruzione abbiano maggiori probabilità di migrare. Sembra pertanto che le donne che scelgono la migrazione internazionale provengano da famiglie con status socio-economico superiore rispetto agli uomini migranti.

L’opportunità professionale dominante per le donne straniere è rappresentata dal lavoro domestico, tanto più richiesto quanto più scarsi sono i servizi sociali; secondariamente sono impiegate in ambito infermieristico, nella ristorazione o nell’industria, soprattutto nel settore tessile. I dati statistici mettono in evidenza che la maggior parte delle donne immigrate appartiene a specifici gruppi nazionali: le donne filippine partono quasi sempre con un contratto, da domestiche o infermiere, alcune volte si presentano come accompagnatrici; dall’America Latina arrivano come domestiche o prostitute; dai Paesi del Maghreb (Marocco, Algeria, Tunisia) di solito le donne emigrano per ricongiungersi al coniuge con un lavoro avviato e raramente sono donne sole con ambizioni professionali; dall’Africa sub-sahariana (Mauritius, Eritrea, Somalia, isole di Capo Verde) arrivano flussi di domestiche. Dall’Europa dell’Est arrivano donne con elevati livelli di qualificazione ed istruzione, che però generalmente trovano sbocchi lavorativi solo in ambito domestico o vengono coinvolte nell’industria del sesso. Secondo altre classificazioni, tra le immigrazioni dovute a motivi lavorativi si ritrovano principalmente

donne provenienti da Paesi cattolici quali Filippine, Capo Verde, Repubblica Dominicana (mentre gli uomini lavoratori provengono soprattutto dai Paesi mussulmani); tra le donne rifugiate è presente un'alta percentuale di donne islamiche (somale, curde, iraniane); tra le donne arrivate per ricongiungimento familiare è elevato il numero di donne maghrebine.

In estrema sintesi quindi al giorno d'oggi le principali tipologie di donne immigrate comprendono: coloro che emigrano per ricongiungimento familiare, donne sole che cercano una risposta occupazionale, rifugiate, detenute e quella parte di donne che diviene vittima di discriminazione, sfruttamento, oppressione, rimane coinvolta nell'industria del sesso. Nell'immaginario comune la migrazione si prefigura alternativamente come un fenomeno individuale (ipoteticamente successivo ad una rottura con la comunità d'origine, i suoi sistemi simbolici e culturali) o come una strategia collettiva che si muove su dimensioni comunitarie. L'emigrazione per lavoro può essere infatti completamente veicolata dalla famiglia di origine: lavorando nel paese d'immigrazione lo straniero può arrivare a guadagnare anche 30-40 volte quello che mediamente otterrebbe nel suo Paese e viene quindi spesso investito di un nuovo ruolo sociale che lo lega al luogo d'origine. La realtà è spesso un'intersezione, articolata e variamente sfumata, di queste due possibilità. A titolo d'esempio, una migrazione all'inizio diretta dalla famiglia d'origine può trasformarsi in un'opportunità di affrancamento dal proprio contesto d'origine; il progetto di una donna sola può fondarsi su un patto con la comunità d'origine o può avvalersi, una volta arrivata nel paese ospitante, della comunità locale dei propri paesani immigrati.

I reticoli sociali "si rivelano indispensabili sia per garantire la partenza, che per assicurare la sopravvivenza ed il mantenimento nel paese d'accoglienza... determinano i flussi e le strategie d'inserimento" (Campani, 2002, p. 148). Tali reti sociali si estendono oltre il semplice nucleo familiare o parentale e possono essere definiti come "obblighi reciproci di amicizia tra persone appartenenti alla stessa comunità, cultura o religione di origine...sistemi di solidarietà sociale a base etnica" (p.153-154). Essi provvedono alle necessità primarie aiutando a reperire cibo, alloggio, lavoro, ma soprattutto consentono all'immigrato di vivere nel quotidiano uno spazio in cui potersi riconoscere, dominato da sistemi comunicativi, culturali e simbolici noti e condivisi. Tale spazio funge spesso per l'immigrato da base della stabilità emotiva e sociale. Tra gli immigrati soprattutto le donne, in particolar modo se provenienti da culture che attribuiscono loro il ruolo di custodi della tradizione, coltivano ricche reti di sostegno al femminile. Le donne maghrebine, per esempio, accettando che la vita pubblica sia prerogativa dell'universo maschile, si sono

appropriate di un “mondo femminile” esclusivo caratterizzato da solidarietà reciproca, complicità, condivisione, ruoli e gerarchie interne.

L'esperienza delle donne che arrivano in Italia in un secondo momento, alcuni anni dopo il marito, nelle sue prime fasi è certamente meno traumatica rispetto a quella di chi arriva sola, per motivi di lavoro in un Paese completamente nuovo, priva di riferimenti. Tuttavia, l'involucro protettivo che accoglie le “mogli dei lavoratori” può nel tempo produrre una condizione soffocante dove l'assenza di responsabilità economica diviene dipendenza, e la tranquillità diventa isolamento. Di fatto tali donne spesso non conoscono la lingua del paese ospitante, non riescono ad accedere autonomamente ai Servizi, il mondo esterno risulta loro indecifrabile, pertanto minaccioso. La condizione di “protezione” diviene allora un elemento di vulnerabilità; svela il volto della solitudine, dell'isolamento, dell'apatia, della depressione. Riprendendo in considerazione l'appartenenza di genere risulta chiaro che “essere donne o essere uomini che emigrano cambia radicalmente le prospettive di rapporto con il contesto istituzionale, di opportunità di lavoro, di possibilità di vita” (Busoni, 2003, p.21).

2.1.2 Donne immigrate e gravidanza

*“Come sospesa tra passato e presente,
la maternità porta a galla il conflitto originario tra
l'altrove abbandonato e il qui.”*

M.A. Galanti (2003)

I minori nati in Italia nel 2008 da entrambi i genitori stranieri sono stati 72.472, con un tasso di natalità del 19,8% che è quasi raddoppiato rispetto al 1993. A questi si dovrebbero aggiungere i minori figli di madri straniere e padre italiano. Le nascite risultano essere più numerose al Nord. Il Veneto nel 2007 era la regione al secondo posto in Italia per nati stranieri.

Come raffigurato nella tabella seguente, estratta dal rapporto dell'Osservatorio Regionale Immigrazione, nel 2008 in Veneto i nuovi nati da entrambi i genitori stranieri erano circa il 21% del totale dei nati in regione mentre i nati da almeno un genitore straniero erano addirittura più di un quarto del totale.

Tabella 1. Veneto: nati totali e stranieri per Provincia (2008).

	Totale			Di cui stranieri			Inc % stranieri su tot.	Con almeno un genitore straniero (% su tot. nati)
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale		
Padova	4.700	4.412	9.112	945	907	1852	20,3%	24,4%
Veneto	24.986	23.693	48.679	5.165	4.991	10.156	20,9%	25,4%

Fonte: Osservatorio Immigrazione Regione Veneto su dati Istat.

Secondo il rapporto “La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi” (2009) realizzato in base ad un accordo Ministero della Salute - Regione Marche, la maggior parte dei ricoveri ospedalieri della popolazione straniera residente, ovvero circa 6-7 su 10, sono a carico delle donne e la ragione principale dei ricoveri è relativa all’area ostetrica. Lo studio suddivide il campione in tre fasce di popolazione: le PSA, ossia donne italiane o appartenenti ad altri Paesi a sviluppo avanzato, le PFPM, immigrate regolari, e le STP immigrate irregolari dotate di codice STP (Straniero temporaneamente presente). Si osserva che, mentre i ricoveri “ostetrici” delle PSA sono legati ai parti nel 50% dei casi, quelli delle STP lo sono solo nel 20% dei casi; il dato si inverte analizzando i ricoveri per IVG (interruzioni volontarie di gravidanza), per cui le STP hanno valori tripli e le PFPM doppi rispetto alle PSA (Tabella 2).

Tabella 2. Proporzioni dei ricoveri ostetrici dovuti a parto e IVG nelle donne in età fertile (età 15-49), per cittadinanza. Italia, 2006.

Cause ricoveri ostetrici	PSA	PFPM	STP
Parti sul totale	49%	40%	20%
IVG sul totale	10%	18%	29%

Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2006. Estratto da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2009.*

Prendendo ad esempio i dati relativi alla Regione Emilia Romagna, osserviamo che l’età al parto delle donne immigrate si aggira tra i 25 e i 29 anni ed è significativamente inferiore all’età del gruppo PSA (30-34). Il livello di istruzione al momento del parto invece cresce in senso inverso, dimostrandosi maggiormente elevato nelle PSA, a decrescere nelle PFPM e infine nelle STP. La maggior percentuale di donne sposate si trova nella categoria PFPM e la minima nelle STP. Per quanto riguarda l’accesso alle cure, di cui si tratterà in seguito, lo studio citato rileva che “tutti gli indicatori di buona performance assistenziale (n. visite, età gestazionale alla prima visita, n.

ecografie, indagini invasive pre-parto) danno risultati peggiori per le STP, ed intermedi per le PFPM” (p. 72). Le donne straniere tendenzialmente sono in cura presso i consultori pubblici, mentre le italiane prevalentemente presso strutture private. Si nota inoltre tra le donne immigrate una minore proporzione di tagli cesarei rispetto alle italiane: da un’analisi dell’ULSS di Reggio Emilia si evince che, anche correggendo i dati per il parametro età, il rischio di parto cesareo nelle donne straniere resta comunque inferiore, a dimostrazione dell’implicazione di altre variabili oltre a quella meramente anagrafica.

Tabella 3. Gravidanze, parti e nascite nelle donne PSA, PFPM e STP. Regione Emilia Romagna, 2006.

Indicatori	PSA	PFPM	STP	
<i>n. parti</i>	30.237	7.815	915	
<i>Età media</i>	32,3	28,3	25,9	
<i>% licenza elem. o meno</i>	1,0	10,0	12,5	
<i>% stato civile</i>				
	<i>Coniugate</i>	66,9	78,6	58,4
	<i>Nubili</i>	25,6	14,8	32,9
<i>% con meno di 4 visite in gravidanza</i>	2,8	10,5	22,4	
<i>% età gestaz. 1° visita > 12 sett.</i>	9,5	27,4	33,6	
<i>% indagini prenatali invasive</i>				
	<i>almeno 1 < 35 anni</i>	21,5	3,5	3,4
	<i>almeno 1 > = 35 anni</i>	62,3	22,1	10,6
<i>% struttura utilizzata</i>				
	<i>Privata</i>	78,3	19,2	15,6
	<i>Consultorio</i>	16,8	65,5	67,2
	<i>Ospedale</i>	4,4	14,0	10,5
	<i>Nessuna</i>	0,5	1,3	6,7
<i>% parti con taglio cesareo</i>	31,0	26,2	21,1	

Fonte: Banca dati CeDAP SISEPS Emilia Romagna, 2006. Estratto da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2009.*

I dati nazionali relativi all’aborto e alle interruzioni di gravidanza mostrano un’incidenza molto elevata delle donne immigrate il che lascia supporre che la maternità, per le donne straniere, porti con sé notevoli elementi di complessità. Prima fra tutte, spesso la scelta della gravidanza può significare mettere a rischio il posto di lavoro e perdere quindi la stabilità economica su cui ci regge come singoli o come famiglia. Se per la popolazione di donne italiane vi è una tendenza a diminuire il ricorso all’IVG, esso aumenta progressivamente in tutte le regioni italiane per le donne straniere (La salute della popolazione immigrata, 2009). Per le immigrate il tasso di abortività è fino a 13 volte superiore rispetto alle donne italiane ed è comunque superiore al tasso di abortività del Paese di provenienza (Tabella 4). Per cercare di spiegare perché il ricorso all’IVG sia tanto superiore nelle donne straniere bisogna pensare, oltre all’insicurezza socio-

economica, a fattori quali la mancanza di supporti familiari, lo scarso utilizzo della contraccezione, in alcuni casi una modalità differente dalle italiane di gestire la propria salute riproduttiva, talvolta il coinvolgimento nella prostituzione. Tali caratteristiche riguardano in modo particolare le straniere STP.

Tabella 4. Numero di aborti e tasso di abortività per collettività (1995-2002)

Paese	Aborti	Tasso Abort.
Romania	12.764	65.3
Albania	10.252	38.2
Ucraina	4.260	126.5
Marocco	7.563	27.3
Nigeria	6.383	93.0
Ecuador	5.857	146.2
Perù	7.165	59.8
Cina	4.379	28.6
Filippine	5.185	18.7
Italia	976.376	8.6

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes. Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno.

Per quanto riguarda l'aborto spontaneo, il fenomeno si verifica in misura simile tanto con donne straniere quanto italiane; varia però l'età nel senso che mentre per le PSA mediamente l'aborto spontaneo si verifica dopo i 35 anni, per le PFPM avviene tra i 25 e i 29 anni e per le STP tra i 20 e i 24 anni (La salute della popolazione immigrata, 2009). A parte il dubbio che nelle STP l'aborto spontaneo sia talvolta un aborto cercato ed indotto, è corretto supporre che condizioni di vita disagiate unite allo stress migratorio costituiscano fattori di rischio per la gravidanza.

L'Italia, e sicuramente la stessa Regione Veneto, ha costruito politiche della salute d'avanguardia, impostando la possibilità di accesso ai servizi sanitari in un'ottica altamente inclusiva. Oltre ai servizi garantiti agli stranieri con regolare permesso di soggiorno, anche gli immigrati irregolari e clandestini hanno il diritto ad essere assistiti "non solo per l'urgenza ma anche per le cure essenziali..., per interventi di prevenzione e di continuità assistenziale...attraverso il codice STP (straniero temporaneamente presente)" (Caritas Migrantes, 2009). Inoltre l'accesso alle strutture, anche quando la persona non è "in regola con le norme sul soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità" (comma 5, art. 35 D.L.gs 286/98). Nonostante tali importanti presupposti, i dati indicano una minore medicalizzazione della gravidanza nelle donne

straniere rispetto alle italiane e un accesso tardivo alla prima visita. Dall'analisi dei dati CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto) emerge che le donne immigrate regolari PFPM che partoriscono in Italia sono più a rischio di avere un accesso ritardato alle cure rispetto alle donne dei Paesi sviluppati (Comunicato Stampa 10 giugno 2010 Istituto Superiore di Sanità). Inoltre le straniere effettuano un numero medio di ecografie inferiore a quello delle italiane, che in genere invece tendono ad abusarne. Il tema della carenza o della discontinuità di accesso ai Servizi rimanda a diverse questioni: informazioni circa le strutture dedicate, conoscenza del funzionamento dei Servizi, consapevolezza dei propri diritti e delle forme di tutela disponibili, qualità delle relazioni operatori-utenti, disponibilità di tempo e risorse per le indagini diagnostiche, nonché, semplicemente, conoscenza della lingua italiana. Infine bisogna considerare le differenze culturali relative ai concetti di salute e di rischio: a differenza della popolazione italiana che tende al controllo e a medicalizzare la gravidanza, quella straniera spesso trascura l'importanza della prevenzione e ritiene di dover accedere ai Servizi solo in caso di provata necessità.

Le condizioni sfavorevoli di vita espongono la donna immigrata, rispetto all'italiana, a maggiori problemi di salute, sia fisica sia psicologica, quali ad esempio anemia nelle cinesi, malattie a trasmissione sessuale nelle donne vittime di tratta o violenze, scarsa prevenzione nelle donne impegnate nell'assistenza a domicilio, crescita ponderale inadeguata. L'alimentazione, che ha effetti importanti sugli esiti della gravidanza, varia da cultura a cultura. Le donne arabe tendono ad abusare di carboidrati e zuccheri esponendosi a problemi di sovrappeso, cui la cultura attribuisce valori positivi connessi a salute e prosperità; al contrario le donne cinesi, che lavorano assiduamente anche in gravidanza ed hanno differenti consuetudini alimentari, tendono ad avere problemi di peso scarso, o di bassi livelli di emoglobina.

Alcuni dati esposti in seguito evidenzieranno l'esistenza di reali differenze legate alle salute in gravidanza nelle differenti etnie. Come si vedrà tali differenze non sono riconducibili unicamente a fattori genetici né ad abitudini di vita, ma chiamano in causa anche fattori complessi connessi all'accesso ai Servizi e alle modificazioni psicofisiche generate dalla specifica condizione migratoria.

Per quanto riguarda i dati più specificatamente culturali, una ricerca realizzata in Veneto con gruppi di mamme di differente nazionalità (Chinosi, 2002) prende in esame in modo approfondito le modalità peculiari con cui ciascuna cultura affronta gravidanza, nascita, puerperio.

In alcuni Paesi essere in gravidanza significa attivare un processo di riconoscimento sociale, rafforzare la propria identità di donna adulta, essere degne di

rispetto, meritare cure, attenzioni, benefici, avere un ruolo privilegiato nella coppia e nella famiglia allargata. Talvolta il parto, anche nel Paese d'accoglienza, può essere caricato di valenze positive ed essere vissuto come evento cruciale per la propria maturità come per la propria esistenza di immigrata. In altri casi prevale il senso di isolamento e di solitudine, unito al dolore del non poter condividere la gravidanza ed il parto, le ansie e le paure, la progettualità. Manca la possibilità di un "significato collettivo e condiviso dell'esperienza vissuta" (Chinosi, 2002). Spesso, in particolare in certe culture, manca soprattutto la figura della propria madre.

Tra i nati stranieri è rilevante il tasso dei bambini nati al di fuori del matrimonio, ad indicare che in molti casi la donna immigrata vive la maternità ed il rapporto con il figlio da sola. Un nucleo monoparentale è certamente più impegnativo dal punto di vista economico, sociale, culturale, educativo, psicologico. Talvolta a questa situazione si aggiunge la mancanza di sostegno da parte della famiglia d'origine, che può non accettare la condizione di madre nubile.

Anche tra chi ha un coniuge la gravidanza, il parto e la prima maternità possono portare in superficie delle vulnerabilità. Per le donne che lavorano e non possono usufruire del sostegno della famiglia di origine o della rete femminile, si pone il problema della cura dei figli faticosamente compatibile con l'elevato numero di ore di lavoro. Diversamente molte donne che hanno seguito il progetto migratorio del marito, possono sperimentare reali difficoltà a muoversi autonomamente in città o a rapportarsi da sole con i Servizi: spesso hanno bisogno che l'uomo faccia da mediatore con il personale sanitario ma a ciò talvolta consegue un accentuato senso di soggezione, soprattutto là dove la cultura d'origine riterrebbe la maternità una questione esclusivamente femminile.

Analizzando attentamente la situazione della donna immigrata Galanti (2003, p. 125) parla di "smarrimento di sé", di "esperienza di perdita dell'identità...intesa come continuità e ripetizione, come permanenza e stabilità" determinati dalla perdita della rete femminile del luogo d'origine, dalla necessità di apprendere una lingua nuova, dal disorientamento di riferimenti spaziali e temporali incomprensibili, dal lacerante scontro tra il desiderio di riproduzione e la necessità di lavorare che ha determinato la scelta stessa della migrazione.

Avvicinandosi quindi al tema delle derive psicopatologiche delle migranti conclude "...va aggiunto un ulteriore elemento di sofferenza: l'immigrazione è un'esperienza provvisoria e perdurante insieme. Provvisoria nelle intenzioni ... ma anche per le condizioni materiali nelle quali si vive all'interno del Paese di accoglienza", provvisori sono il lavoro e gli alloggi. La sofferenza psichica riguarda "...il disorientamento spazio-

temporale, il paradosso del vivere una condizione permanente che si pone come replica infinita della provvisorietà, l'impossibilità di utilizzare le risorse interne di tipo cognitivo, affettivo e senso-motorio adeguandole in funzione dell'agire nella nuova realtà" (Galanti, 2003, p. 130).

2.2 Ansia e complicazioni

2.2.1 Ambiente fetale e sviluppo successivo

La ricerca scientifica ha cominciato già dal 1940 ad occuparsi dell'importanza dei fattori dell'ambiente prenatale umano nel determinare non solo l'esito della gravidanza e quindi eventuali problemi riscontrabili al parto, ma anche lo sviluppo e la salute del nuovo essere umano. Più recentemente è comune far riferimento alla nota "Barker hypothesis" (Barker et al., 1993), che si spiegherà in seguito, secondo la quale i disturbi della vita adulta possono avere un'origine fetale nella misura in cui un particolare evento agisce in un periodo critico per lo sviluppo del feto. Il cambiamento generato può avere un effetto permanente sul fenotipo, poiché i cambiamenti fisiologici, neuroendocrini e metabolici che permettono al feto di adattarsi al nuovo ambiente danno luogo ad una programmazione permanente. Barker individuò l'esistenza di una associazione tra basso peso alla nascita e lo sviluppo di disturbi cardiovascolari e metabolici come il diabete in età adulta; più precisamente, bambini con basso peso, alla nascita e ad un anno d'età, avevano un aumentato rischio di incorrere in ipertensione, intolleranza glucidica, iperlipidemia e infarto al miocardio tra i 50 e i 60 anni. Inoltre coloro che nascevano con un basso peso alla nascita e una piccola circonferenza cranica mostravano tassi di mortalità più alti. Si è andato delineando il fatto che la situazione neonatale spesso è predittiva delle successive condizioni di salute. In effetti negli esseri umani, nei quali la differenziazione e la replicazione delle cellule fetali avviene in periodi molto limitati, l'ambiente intrauterino è determinante per lo sviluppo del cervello, del tessuto adiposo e muscolare.

Nelle prime fasi di vita la nutrizione può avere effetti permanenti sulla crescita poiché agisce sulla proliferazione e sulla dimensione delle cellule (Strauss, 1997). I bambini esposti ad una scarsa nutrizione durante i primi due trimestri hanno un rischio

doppio di obesità alla maggiore età. Inoltre sembra che una malnutrizione del feto nel primo periodo danneggi il processo di differenziazione cellulare dell'ipotalamo e generi di conseguenza alterazioni permanenti nella regolazione dell'appetito.

Al contrario i bambini di madri diabetiche sono esposti ad alte concentrazioni di glucosio e aminoacidi: la condizione di iperglicemia fetale aumenta le probabilità di sviluppare obesità e iperinsulinemia da bambini, nonché può comportare cambiamenti nell'attività delle cellule beta pancreatiche o nella regolazione dell'appetito. I bambini di donne diabetiche sono spesso più pesanti alla nascita, normalizzano il loro peso tra il primo ed il quinto anno, ma risultano ancora più grassi dei coetanei dai 5 anni in poi.

Fumare sigarette in gravidanza aumenta il rischio di un ritardo di crescita intrauterina; sembra che all'età di 8 anni i figli di accanite fumatrici siano di 0.8 cm più bassi dei coetanei figli di non fumatrici. L'uso di alcol in gravidanza genera invece una diminuzione su tre parametri: circonferenza cranica, peso, altezza. L'assunzione di cocaina contribuisce a creare un difetto di crescita fetale ma, poiché talvolta il suo uso si accompagna a situazioni di abuso di alcol, tabacco, droghe varie e ad uno status socio-economico basso, è difficile stabilire l'effetto puro della singola variabile.

Al di là della predisposizione genetica, sembra che effettivamente l'ambiente fetale abbia un grossa influenza nel determinare il peso alla nascita. A sua volta il peso alla nascita incide sulla crescita del bambino. Secondo uno studio riportato da Strauss (1997), all'età di quattro anni i bambini nati "piccoli per età gestazionale" erano di 7 cm più bassi e di 4 kg più leggeri dei coetanei nati "grandi per età gestazionale". Ancora, tra gemelli identici, durante l'infanzia e l'adolescenza il fratello con ritardo di crescita intrauterina permane più piccolo del fratello geneticamente uguale. I bambini piccoli per età gestazionale tendono a rimanere piccoli nel corso degli anni.

2.2.2 L'ansia nel corso della gravidanza: predittori e sue declinazioni

Vissuti ansiosi sono molto frequenti durante la gravidanza. Lo stress della migrazione, la povertà della rete sociale e familiare, le difficoltà lavorative ed economiche, le condizioni abitative disagiate, la precaria integrazione sociale, la scarsità di punti di riferimento culturali e simbolici, la complessità dell'accesso alle strutture, la scarsa conoscenza linguistica oltre che dei propri diritti, talvolta la percezione di atteggiamenti discriminatori concorrono in varia misura a definire il quadro entro cui si colloca la donna straniera in gravidanza, e determinano in vario modo conseguenze sulla salute materna e, come si vedrà in seguito, del bambino stesso.

Tali vissuti pervasivi possono assumere forme differenti e possono avere varie cause. In uno studio Da Costa e colleghi (1999) hanno sottoposto mensilmente 161 donne gravide ad una serie di questionari su differenti dimensioni di disagio. Dalle risposte ad un primo questionario emergeva che, secondo le intervistate, la presenza di eventi sgradevoli, le "contrarietà", fossero costanti durante i tre trimestri, mentre l'apprensione legata specificatamente all'evento della gravidanza era significativamente più alta al primo e al terzo trimestre e l'"ansia di stato", misura transitoria dell'ansia situazionale, subiva un picco al terzo trimestre. L'assenza di un solido rapporto di coppia con il partner era in grado di predire non solo una maggior percezione di contrarietà durante l'intera gravidanza, ma soprattutto un innalzamento dello stress legato alla gravidanza e dell'ansia di stato nell'ultimo trimestre. Sono state inoltre individuate tre situazioni specifiche che andavano a modificare l'andamento dell'ansia. Le donne preoccupate che la loro gravidanza potesse comportare danni per la situazione lavorativa mostravano una maggiore percezione di contrarietà per tutta la durata della gestazione e provavano un maggiore stress legato alla gravidanza nell'ultimo trimestre. Anche l'essere andate incontro ad una complicazione gestazionale o l'essere giovani aumentava i livelli di stress legato alla gravidanza dell'ultimo trimestre.

Vari studi hanno considerato l'importanza del partner nel determinare i livelli d'ansia: recentemente Catov e colleghi (2010) hanno confermato che l'ansia è più alta (e l'ottimismo più basso) nelle donne non sposate rispetto a quelle sposate.

Un valido studio, cui si è in parte ispirata la nostra ricerca, si è soffermato sui predittori psicosociali dell'ansia in gravidanza (Gurung & coll., 2005) basandosi su un campione di donne di varie etnie: tra i fattori che potevano favorire l'insorgere ed il mantenersi dello stato ansioso si prendevano in considerazione variabili demografiche, il

supporto sociale, la presenza di eventi di vita stressanti, l'atteggiamento nei confronti della gravidanza ed un senso di "mastery", ovvero di efficacia e padronanza della propria vita. I risultati dimostrarono che l'ansia durante la gravidanza era considerevolmente più alta nelle donne con un basso "mastery", con un atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza e che avevano sperimentato vari eventi stressanti durante la gestazione. Addirittura le donne con una disposizione poco favorevole nei confronti della loro gravidanza e con basso "mastery" mostravano un progressivo aumento dell'ansia nel corso dei nove mesi. In generale le donne con un'età più elevata mostravano un minor aumento nei livelli d'ansia tra l'inizio ed il termine della gravidanza. Un'ulteriore analisi di correlazione porta gli autori a comprendere i fattori che a loro volta influenzano tale "atteggiamento positivo nei confronti della gravidanza" ovvero: l'averne un'età più alta, l'averne alti livelli di istruzione, un buon reddito, l'essere sposate o, in alternativa, avere un buon sostegno da parte del padre del bambino e pochi eventi stressanti durante la gravidanza. Come approfondito precedentemente, chiaramente l'atteggiamento verso la gravidanza può subire l'influenza delle appartenenze etniche. Differenti provenienze possono comportare differenti modi di vivere e leggere la gravidanza: essa può rappresentare un evento lieto quanto piuttosto un incontro con il dolore del parto (donne messicane), pertanto fonte di paura. L'appartenenza culturale può anche determinare modi diversi di interpretare e percepire il sostegno sociale.

Come si può facilmente intuire, esiste una forte associazione tra vissuti ansiosi (e depressivi) durante la gravidanza e l'uso di cure sanitarie durante la gestazione e persino al momento del parto stesso (Andersson & coll., 2004).

2.2.3 Ansia e complicazioni in gravidanza, al parto e neonatali

Ampia letteratura documenta che i vissuti materni durante la gravidanza possono avere effetti sul feto e sul suo sviluppo successivo.

Secondo una ricerca cui fa riferimento il presente lavoro (Rizzardo & coll., 1988) le donne che erano andate incontro ad un maggior numero di complicanze totali (in gravidanza, al parto e neonatali) avevano mostrato un'ansia di stato al terzo mese significativamente più alta delle donne senza complicanze. Inoltre era possibile fare un'osservazione relativa agli effetti delle variazioni d'ansia: le donne con complicanze, rispetto a quelle che ne erano prive, avevano mostrato numerose oscillazioni nei livelli

d'ansia nel corso della gravidanza, in particolare avevano provato un picco d'ansia nelle prime fasi, una riduzione significativa tra il terzo ed il sesto mese, un ulteriore aumento fino al nono e infine un crollo a livelli minimi successivamente al parto. Nelle donne con complicanze l'ansia di tratto tendeva ad essere alta durante tutto il corso della gravidanza ma la differenza tra i due gruppi non arrivava alla significatività.

La ricerca sta occupandosi di definire con maggior correttezza il legame ansia-complicanze. Recentemente alcuni autori (Johnson & Slade, 2003; Talge & coll., 2007) cominciano a ritenere non esista un'associazione di per sé tra ansia e complicanze ma che specifici tipi di ansia (psicosociale, del parto,...) possano essere associati a precise complicazioni. In base allo studio di Huizink e colleghi (2004) ciò che dalle ricerche sembra predire l'evoluzione e l'esito della gestazione (cambiamenti neuroendocrini in gravidanza e sviluppo cognitivo e comportamentale del neonato a 8 mesi) non è "l'ansia in gravidanza" ma "l'ansia relativa alla gravidanza" ossia un costrutto preciso che si articola in "paura di partorire", "paura di generare un bambino con Handicap", "preoccupazioni circa il proprio aspetto".

Entrando nello specifico del tipo di complicanze, l'ansia materna si ripercuote istantaneamente sul feto, di cui registriamo un aumento del ritmo cardiaco e dell'attività motoria (Van den Bergh & coll., 2005; Di Pietro & coll., 2002). Soprattutto l'ansia materna sembra associata a parti pre-termine (ridotta età gestazionale), a bambini piccoli alla nascita e con bassi punteggi nelle scale neurocomportamentali (Talge & coll., 2007); talvolta l'esito può essere anche l'aborto spontaneo (Mulder & coll., 2002). Sembra che la percezione di eventi negativi nel terzo trimestre comporti il rischio di parti pretermine. Lo studio di Rondò e colleghi (2003) conferma e specifica che un vissuto ansioso durante la seconda parte della gravidanza è associato a parti prematuri (età gestazionale inferiore alle 37 settimane) e a basso peso alla nascita. Un filone di recenti ricerche sostiene che l'"ansia legata alla gravidanza", e non l'ansia di tratto, sia specificatamente e strettamente associata a parti spontanei pretermine (Kramer & coll., 2009; Orr & coll., 2007). L'ansia e/o l'ottimismo materni durante la gestazione hanno effetti sull'età gestazionale, il peso alla nascita, i parti prematuri e dimensioni ridotte per l'età gestazionale; in particolare alti livelli d'ansia si associano ad una riduzione dell'età gestazionale (Catov & coll., 2010). Nello studio, all'innalzarsi dei livelli d'ansia corrispondeva una riduzione dell'età gestazionale.

Alcuni studi (Kurki & coll., 2000) hanno ritrovato un'associazione tra ansia e depressione durante le prime fasi della gravidanza e preeclampsia, sindrome caratterizzata dalla presenza congiunta di ipertensione, edemi e proteinuria nella madre.

Inoltre sembra che le donne che sperimentano alti livelli di stress durante la gravidanza vadano incontro a parti molto difficoltosi (Da Costa & coll., 2000). Anche la giovane età sembra correlata alle complicazioni al parto, mentre l'assenza di un valido supporto sociale predice uno scarso peso alla nascita.

Appena nati, i bambini di donne ansiose hanno punteggi scarsi sui parametri neurologici, cardiaci, di comportamento. Disturbi ansiosi durante la gravidanza sono risultati associati a bassi punteggi Apgar al primo e al quinto minuto di vita (Berle & coll., 2005). In realtà sembra che, oltre all'ansia prenatale, altri fattori concorrano a determinare l'Apgar. Secondo Collins e colleghi (1993) sia i figli delle donne che, durante la gravidanza, avevano ricevuto un sostegno, concreto e psicologico, quantitativamente importante sia i figli di donne che avevano avuto un sostegno qualitativamente valido ottenevano punteggi Apgar alti; inoltre le madri dei primi andavano incontro a migliori doglie del parto e le madri dei secondi sperimentavano minore depressione postpartum. La presenza di un'ampia rete sociale correlava con un maggior peso alla nascita. I risultati sembravano determinati più dal supporto concreto che da quello emozionale. Un ulteriore studio (Lewis, 2002) integra le variabili di cui si sta trattando evidenziando come la paura del parto e l'assenza di supporto, nello specifico del supporto del partner, sono capaci di discriminare tra gravidanze e parti con, piuttosto che senza, complicazioni.

Lo stress in gravidanza sembra influenzare in vario modo lo sviluppo fetale del cervello ma non comporta effetti relativi alla dimensione cerebrale, misurata tramite la rilevazione della circonferenza cranica alla nascita (Obel & coll., 2003) che non mostra differenze significative tra la prole delle donne ansiose in gravidanza e quella delle non ansiose.

I neonati di donne con alti livelli d'ansia mostravano un'elevata attivazione dell'area frontale destra del cervello, che generalmente si associa ad un'affettività alterata dall'infanzia all'età adulta. Lo stress prenatale sembra comportare una generale predisposizione alla psicopatologia. In generale l'ansia in gravidanza è collegata a problemi di regolazione a carico della sfera cognitiva, comportamentale ed emozionale (Van den Bergh & coll., 2005; Huizink & coll., 2002). Risulta difficile stabilire l'entità dell'effetto, la quantità di varianza nei risultati spiegata dalle emozioni materne in gravidanza; secondo alcuni studi l'ansia della madre spiega fino al 41,1% della varianza, secondo altri il 3-8%. Secondo uno studio riportato da Talge e colleghi (2007) il peso dell'ansia prenatale sullo sviluppo di problemi comportamentali è pari al 15%. Le differenze nella quantità di varianza spiegata sono probabilmente dovute al diverso periodo del vissuto ansioso all'interno della gravidanza e alla differente intensità

dell'esperienza nei diversi studi. Inoltre bisogna ricordare come gli effetti dello stress prenatale possano variare in relazione allo specifico quadro di vulnerabilità genetica individuale e alla peculiare interazione ambientale successiva alla nascita. E' evidente allora che pari livelli di stress prenatale possano generare differenti esiti sul nascituro.

Vissuti di stress durante la gravidanza sono associati a ritardo dello sviluppo mentale e motorio a 8 mesi (Huizink & coll., 2003) e a due anni (Brouwers & coll., 2001). In età prescolare e scolare i figli di donne ansiose in gravidanza mostrano deficit di attenzione, iperattività, scarso rendimento scolastico, problemi comportamentali ed emozionali. In preadolescenza, e in seguito in adolescenza, incorrono in un aumentato rischio di ADHD (sindrome da deficit di attenzione e iperattività), sintomi ansiosi (Van den Bergh & coll., 2005; Talge & coll., 2007) e depressivi (Van den Bergh & coll., 2008).

Inoltre, è stato ampiamente documentato che specifiche complicanze ostetriche sono implicate nella patogenesi di molti disturbi dell'età adulta, quali ad esempio l'anoressia o la bulimia nervosa (Favaro & coll., 2006; Foley et al., 2001), la schizofrenia (Dalman & coll., 1999), i disturbi psicotici (Zornberg & coll., 2000).

E' interessante segnalare che in un recente studio (DiPietro & coll., 2006) si è trovata un'associazione lieve ma significativa tra stress prenatale e indici di sviluppo cognitivo e fisico di bambini di due anni. Sarebbe quindi possibile che l'associazione tra stress prenatale ed effetti sui figli sia rappresentata da una curva a "U", per cui una piccola quantità di stress in gravidanza potrebbe rendere ottimale lo sviluppo del figlio.

Tornando più specificatamente all'oggetto del presente studio, con un focus sulle differenze etniche, è documentato che le donne di pigmentazione scura mostrano un'incidenza maggiore di parti prematuri (Orr & coll., 2007; Talge & coll., 2007, Catov & coll., 2010) e molto prematuri (Shiono & Klebanoff, 1986). Nello studio di Catov e colleghi (2010) l'associazione tra ansia ed età gestazionale era particolarmente intensa nel campione di donne afro-americane, le cui gravidanze, nei casi di alti livelli d'ansia, risultavano accorciate di 8,2 giorni. Gli autori hanno sostenuto che l'ansia di tratto a 18 settimane sia associata ad una ridotta età gestazionale per le donne afro-americane, ma non per le "donne bianche". Sembra importante sottolineare che l'età gestazionale è un indicatore di maturità fetale più preciso del peso alla nascita tanto che ogni settimana aggiuntiva, anche oltre la trentasettesima, è associata a maggiori probabilità di sopravvivenza del neonato. La nascita pretermine è la principale causa di basso peso alla nascita e incide sui tassi di mortalità neonatale. Si comprende pertanto che, su scala di un'intera fascia di popolazione, una riduzione dell'età gestazionale determina un impoverimento della salute neonatale.

Tra i fattori di rischio del nascere piccoli per età gestazionale vanno considerati proprio l'aver una madre di etnia nera o asiatica, oppure che fumi sigarette, o sia primipara, o bassa d'altezza, o sottopeso prima della gravidanza, o con uno scarso aumento di peso in gestazione (Abrams & Newman, 1991). Negli Stati Uniti si sono infatti registrate differenze tra etnie rispetto al peso alla nascita, che risulta maggiore nei bambini di donne bianche rispetto ai bambini delle donne di colore. Un basso peso alla nascita potrebbe essere l'esito di un parto pretermine o di un ritardo di crescita fetale.

Uno studio di ampie dimensioni (David & Collins, 1997) ha verificato che il peso medio alla nascita è progressivamente minimo nei bambini delle donne di colore nate negli U.S.A., medio per i figli di donne di colore nate in Africa e massimo nei figli di donne bianche nate negli U.S.A.. Anche l'incidenza dei casi di basso peso alla nascita si distribuiva secondo il medesimo ordine. Il peso dei bambini nati da donne di colore africane era più simile a quello dei bambini delle donne bianche nate negli U.S.A. che a quello dei bambini delle donne di colore nate negli U.S.A.. Considerando che le donne nate in Africa provenivano dagli stessi luoghi da cui erano giunti, generazioni prima, gli antenati delle donne di colore attualmente nate negli U.S.A., e che era ragionevole ipotizzare una percentuale di mescolamento di materiale genetico tra i residenti da tempo negli Stati Uniti, questi risultati indicherebbero che la differenza di peso tra figli di donne bianche e figli di donne di colore non ha basi genetiche. "Se la genetica avesse giocato un ruolo di rilievo nel determinare le differenze tra bianchi e neri- scrivono gli autori- i figli delle donne di colore nate in Africa avrebbero dovuto avere un peso più basso dei bambini delle donne di colore nate negli U.S.A.", a maggior ragione in considerazione delle condizioni socio-economiche più svantaggiate. C'è quindi spazio per prendere in considerazione variabili sociali e psicologiche che aiutino a spiegare tali risultati. Secondo gli autori, anche il peso dell'essere stati esposti da bambini a povertà, marginalità e discriminazioni potrebbe generare effetti nelle generazioni successive.

Uno studio pubblicato nello stesso anno (Shiono & coll., 1997) ha voluto approfondire la ricerca dei fattori di rischio per il basso peso alla nascita ed ha cercato di comprendere il motivo delle differenze etniche connesse a questo risultato. La ricerca, che prendeva in considerazione numerose variabili sociali, psicologiche ed economiche, ha individuato due elementi negativamente associati al peso alla nascita ovvero una situazione abitativa instabile in un contesto urbano degradato e sentimenti materni pervasivi di impotenza e sconforto. Non solo quindi l'ambiente può avere un ruolo negativo, ma anche l'atteggiamento della madre, nello specifico la convinzione di essere in balia del destino, priva della minima possibilità di controllo sulla propria salute e sulle

proprie condizioni di vita. Al contrario, l'averne una residenza stabile ed il poter usufruire di un valido supporto sociale erano positivamente associati al peso alla nascita. Ci si orienta quindi a pensare che le differenze etniche nel peso del nascituro siano spiegate principalmente da fattori di tipo socio-economico e psicologico.

2.3 L'ansia

2.3.1 Definizione di stress

Gli stimoli, sia fisici che psichici, che costituiscono una minaccia per l'organismo, minaccia a volte soltanto percepita e non reale, vengono definiti "stressors". "Stress" invece è l'attivazione biologica dell'organismo agli stimoli che possono comprometterne l'equilibrio; tale reazione è in origine utile e finalizzata all'adattamento dell'individuo nel suo ambiente, ma può diventare un co-fattore patogenetico in vari disturbi, sia somatici, sia psichici.

L'organismo attiva una risposta unitaria e globale, che coinvolge vari sistemi, capace di garantire la sopravvivenza dell'individuo e della sua specie grazie ad un adattamento dinamico alle richieste ambientali. Le ricerche hanno dimostrato che la reazione di stress coinvolge non solo l'asse ipofisi-corticosurrene, ma anche tutti i principali assi neuroendocrini, come l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide, l'asse ipotalamo-ipofisi-GH, l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. Tale "risposta multiormonale" è funzionale a garantire il miglior adattamento metabolico possibile alle condizioni ambientali ed è pertanto capace di favorire la sopravvivenza dell'individuo. La reazione è in qualche modo "pronta", pre-programmata sulla base di istruzioni primitive dei circuiti nervosi e neuroendocrini.

Ciò che maggiormente caratterizza la reazione di stress è la connessione tra la dimensione biologica e quella psicologica, laddove la percezione di una minaccia da parte di stimoli esterni è in grado di modificare l'ambiente interno dell'organismo.

La nota "sindrome generale di adattamento" formulata da Selye nel 1936 include l'insieme delle reazioni adattive attivate dall'organismo nel contesto di un'esposizione prolungata ad agenti stressanti e si esplica in tre fasi:

a) *Fase di allarme*: innescata dalla presenza di uno stimolo ambientale, genera una risposta primordiale e acuta di difesa orientata alla sopravvivenza, cui corrisponde un'attivazione a livello fisico (aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della glicemia, del tono muscolare, del metabolismo e di alcuni neurotrasmettitori, iperattivazione ipofisi-corticosurrene), psicologico (aumento dell'attenzione e della "tensione emotiva") e comportamentale ;

b) *Fase di resistenza*: l'organismo concentra le sue energie per far fronte nel tempo allo stressor e continua l'iperproduzione di cortisolo;

c) *Fase di esaurimento*: l'organismo non è più in grado di far fronte al prolungarsi dell'esposizione allo stressor; incapace di un adattamento alle sollecitazioni ambientali, esso produce risposte inadeguate che lo espongono al rischio di patologie e danni irreversibili.

La comprensione del fenomeno si è arricchita di ulteriori elementi. Innanzitutto si è dimostrato che la reazione di stress è data non dalla semplice esposizione a stressors, ma dalla reazione emozionale indotta dagli stimoli stessi. Il quadro si è completato grazie all'inclusione della dimensione cognitiva. Le notevoli differenze individuali nelle risposte agli stessi stimoli stressanti indicano che la reazione ad uno stimolo può essere molto influenzata dalle conoscenze che il soggetto ha riguardo allo stimolo, dalle sue esperienze pregresse e dalla sua valutazione cognitiva. Pertanto risulta che, solo dopo che lo stimolo sia stato elaborato dal sistema nervoso centrale attraverso processi cognitivi, viene indotta l'attivazione emozionale e la successiva reazione di stress. Questa si articola a sua volta ad un livello comportamentale, cui corrisponde un individuo che intraprende o meno un'azione (spesso contro lo stimolo o in fuga dallo stesso), e ad un livello biologico interno all'organismo: a partire dai neurotrasmettitori centrali, seguono l'attivazione neuromuscolare scheletrica, la liberazione di ormoni (tra cui cortisolo e catecolamine), modificazioni neurovegetative e metaboliche.

All'interno del dibattito in merito all'aspecificità o alla specificità della reazione di stress, ovvero teso a capire se essa sia identica nei vari individui e nelle varie situazioni o se vari a seconda dello stimolo che la suscita o del soggetto che la vive, si è compreso che è necessario prendere in considerazione i processi cognitivi sottostanti. Maggiore è la gravità oggettiva della situazione e dello stimolo (es.: una catastrofe naturale o un episodio di violenza), minore è l'effetto della valutazione cognitiva individuale, e la reazione comportamentale, emozionale e biologica, è tendenzialmente aspecifica, ossia molto simile, per tutti i soggetti coinvolti. Nel caso invece di eventi di minore gravità la valutazione individuale, anche sulla base di differenti esperienze pregresse, può portare

soggetti diversi a conclusioni anche molto varie e può pertanto attivare reazioni di entità e di forma molto diversa. Alla luce di queste riflessioni si noti che nel presente studio si suppone che lo stress sia in larga parte causato da stimoli psicosociali, la cui gravità sottosta ad un'ampia variabilità individuale, generando pertanto reazioni di stress specifiche.

Lo stress riesce ad avere un'accezione positiva in quanto reazione dinamica dell'organismo in adattamento plastico alle mutevoli richieste ambientali, fintantoché si mantiene entro alcuni limiti. Esso infatti dovrebbe attivarsi e disattivarsi rapidamente, in un processo ciclico e dinamico, e non richiedere sforzi troppo intensi all'organismo. L'intensità della reazione dovrebbe rimanere contenuta e la durata dovrebbe essere limitata. Quando la reazione di stress varca tali limiti aumenta il rischio di malattia.

2.3.2 Psiconeurobiologia dello stress

Il sistema neurovegetativo è altamente sensibile agli stimoli emozionali, a causa dei quali subisce varie modificazioni: alterazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa sia sistolica sia diastolica, della risposta vascolare periferica, dell'attività elettrica cutanea, della secrezione e della motilità gastrointestinale, della reattività dell'albero bronchiale, della reazione pupillare, della secrezione delle ghiandole salivari.

Inoltre, come si diceva precedentemente, lo stress emozionale è connesso a varie modificazioni endocrine, con alta finalità adattiva, tra cui l'innalzamento dei livelli di ormoni quali cortisolo, catecolamine, ormone somatotropo, prolattina, ormoni gonadotropi e gonadici, ormoni tiroidei. Situazioni ad alto impatto emotivo comportano l'attivazione del sistema ipotalamo-ipofisario, con aumento ematico dei livelli di ormone adrenocorticotropo, del cortisolo, delle catecolamine e spesso del GH e della prolattina (Biondi e Pancheri, 1999). In seguito a situazioni di stress psicofisico o emozionale il sistema ipotalamo-midollo surrenale si attiva in tempi rapidissimi (poche decine di secondi) con corrispondente aumento di catecolamine nel sangue.

L'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene, che invece ha tempi di attivazione più lenti, comporta un'elevazione dei valori di cortisolo che, in condizione di stress, possono risultare anche doppi o tripli dei valori di norma. E' importante rilevare che non è tanto lo stressor di per sé ma il valore che esso assume per il soggetto a determinare l'entità della reazione endocrina: si è riscontrato che possedere risorse psicologiche in grado di far fronte alle situazioni di stress, riduce l'attivazione dell'asse ipofisi-surrene e pertanto i

livelli di cortisolo. Non solo il meccanismo di difesa del “diniego”, ma anche la presenza di un forte supporto sociale hanno un’efficacia nel controbilanciare la reazione di stress e abbassare la concentrazione di cortisolo.

Per quanto concerne l’asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, lo stress acuto nell’uomo riduce i livelli di testosterone. Infine, come documentato in vari studi, le situazioni di stress hanno un impatto altamente significativo, quasi sempre negativo, sul funzionamento del sistema immunitario, predisponendo allo sviluppo di patologie infettive e probabilmente anche tumorali.

Pur compreso che la reazione di stress coinvolge innumerevoli sistemi ed organi, tanto a livello centrale quanto periferico, va riconosciuto il ruolo centrale svolto in queste situazioni dall’asse neuroendocrino ipotalamo-ipofisi-corticosurrene (HPA ovvero Hipotalamic-Pituitary-Adrenal axis), che ha il suo fulcro nel nucleo paraventricolare dell’ipotalamo, e dal Locus Coeruleus (LC). Va notato peraltro che i due sistemi interagiscono e si potenziano reciprocamente. Il CRF, fattore per il rilascio della corticotropina prodotto nel nucleo paraventricolare dell’ipotalamo, è stimolato dall’innervazione noradrenergica del Locus coeruleus, da fibre colinergiche e serotoninergiche, mentre è inibito dal sistema GABA/benzodiazepine e dai peptidi oppioidi.

L’asse HPA è un elaborato sistema che permette ai mammiferi di adattarsi ai cambiamenti nell’ambiente; è costruito in modo da rispondere rapidamente a stimoli stressanti, per poi ritrovare una condizione di equilibrio. Le funzioni complesse, come la regolazione emozionale e comportamentale, sono mediate dalla corteccia prefrontale (PFC) che è connessa ai sistemi sensoriali, a quelli motori corticali e subcorticali, alle funzioni attentive, e alle strutture limbiche implicate negli affetti, la memoria, la ricompensa. La PFC ha un ruolo essenziale nel controllo delle funzioni integrate. A livello neuroanatomico le informazioni relative agli stressors giungono al nucleo paraventricolare dell’ipotalamo (NPV) da varie vie: dal tronco cerebrale, dal sistema limbico, da altri siti dell’ipotalamo, da zone circumventricolari, dall’ipofisi e dalla periferia. Dal locus coeruleus originano le proiezioni noradrenergiche che afferiscono poi, tramite il tronco cerebrale, al NPV. Si tratta della via centrale dello stress: in condizioni di stimolazione i neuroni del nucleo paraventricolare dell’ipotalamo secernono l’ormone di rilascio della corticotropina nella circolazione ipofisaria. Nell’ipofisi anteriore il CRF induce la produzione di adrenocorticotropina (ACTH) che è rilasciata nel sistema circolatorio per stimolare la formazione ed il rilascio di glucocorticoidi (cortisolo nell’uomo) dalla corteccia surrenale. Alla prima fase di reazione acuta ad uno stimolo minaccioso, cui in genere corrisponde un

comportamento di attacco-fuga, corrisponde l'attivazione di CRF, NA, catecolamine, citochine e mediatori dell'infiammazione a livello immunitario. Quando lo stimolo stressante perdura nel tempo, viene prodotta un'azione di controregolazione rispetto alla prima fase, al fine di riequilibrare l'organismo. Tale reazione secondaria, che è mediata dai glucocorticoidi, è dominata da processi di inibizione del CRF, della NA e dei recettori serotoninergici e dall'attivazione del complesso GABA/benzodiazepine.

Il CRF è presente nel sistema nervoso centrale anche in sedi esterne al cervello, ossia nella midollare surrenale, nei testicoli, nel pancreas, nello stomaco, nell'intestino e probabilmente anche nella placenta. Tuttavia esso è presente in maggiore quantità nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo, nel nucleo centrale dell'amigdala, nel nucleo della stria terminale, nel locus coeruleus, nella corteccia. Nelle situazioni di stress la quantità di CRF aumenta particolarmente nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo e nel locus coeruleus.

Esso attiva e coordina gli aspetti comportamentali della reazione di stress, orientando l'organismo a risposte attentive, adattive alla minaccia esterna. E' assimilato a funzioni ansiogene e sembra implicato nell'insorgenza del Disturbo da attacchi di panico e nel Disturbo d'ansia generalizzata. Oltre che essere implicato nel funzionamento del SNC, la presenza di CRF, con un processo distinto dall'attivazione dell'asse HPA, determina importanti modificazioni metaboliche a livello di sistema simpatico (Tabella 5).

Tabella 5. Principali azioni del fattore per il rilascio della corticotropina (CRF) nella reazione di stress.

<i>Aumento della secrezione di ACTH</i>
<i>Attivazione ortosimpatica</i>
<i>Elevazione delle catecolamine plasmatiche</i>
<i>Inibizione dell'attività vagale cardiaca</i>
<i>Elevazione della frequenza cardiaca</i>
<i>Elevazione della pressione arteriosa</i>
<i>Aumento del ritorno venoso</i>
<i>Aumento della gittata cardiaca</i>
<i>Aumento della glicemia</i>
<i>Inibizione dell'attività acida gastrica</i>
<i>Soppressione dell'attività delle cellule natural Killer</i>
<i>Inibizione del LH e della funzione riproduttiva</i>
<i>Inibizione del GH</i>
<i>Attivazione del sistema degli oppioidi endogeni</i>

Fonte: Biondi & Pancheri, 1999, pag.331.

Situazioni di stress acuto comportano un aumento della noradrenalina extracellulare e la sintesi di noradrenalina da parte dei neuroni che hanno le loro proiezioni dal locus coeruleus. Segue a livello periferico l'attivazione simpatica.

L'effetto della serotonina in situazioni di stress passa attraverso l'attivazione dei neuroni CRF a livello del NPV. Curiosamente la serotonina sembra implicata sia in processi ansiogeni (proiezioni verso l'amigdala e l'ippocampo) quanto in quelli ansiolitici (proiezioni verso l'ippocampo).

Il sistema GABAergico, il più potente sistema inibitorio cerebrale, risulta subire varie modificazioni, anche di valore opposto, in condizioni di stress, quali fra le altre una diminuzione dei recettori GABA nella corteccia, nello striato e nel cervelletto nel caso in cui il soggetto sia "immobilizzato dal proprio predatore", piuttosto che un aumento degli stessi in caso di "esposizione al carnefice". Il sistema GABA/BDZ, attivato dalle benzodiazepine, ha una funzione inibitoria che si ripercuote su altri sistemi neurotrasmettitoriali, e rappresenta infine, per mezzo di processi diretti e indiretti, un essenziale dispositivo anti-stress (Biondi & Pancheri, 1999).

Le situazioni di stress generano anche un aumento di dopamina, in particolare un'attivazione delle vie dopaminergiche mesocorticali dirette alla corteccia prefrontale. Considerando che l'attività dopaminergica corticale attutisce l'effetto dell'attività dopaminergica sottocorticale, si comprende perché un danno o un malfunzionamento delle vie dopaminergiche prefrontali possa avere gravi ripercussioni sulla capacità di gestire adeguatamente lo stress, potenziandone gli effetti.

Eventi altamente stressanti possono modificare la neurochimica cerebrale e favorire l'insorgere di alcuni disturbi psichiatrici. Sembra per esempio che l'esposizione a stressors, attraverso modificazioni GABAergiche centrali, sortisca reazioni d'ansia. Anche in questo caso è interessante notare la connessione della dimensione psicologica con quella strettamente biologica: stressors soggettivamente percepiti come incontrollabili generano cambiamenti nel complesso recettoriale GABA/BDZ tipiche della reazione d'ansia acuta (inibizione del sistema centrale), mentre l'esposizione a stressors percepiti come controllabili, affrontabili, gestibili, genera una maggiore attivazione del sistema GABA/BDZ e pertanto inibizione della reazione d'ansia. L'attivazione GABA, prodotta ad esempio dalla somministrazione di benzodiazepine, inibisce la risposta dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale sotto stress oltre che il CRF.

Sembra che situazioni di supporto sociale, così come terapie di rilassamento mediante biofeedback, possano annullare l'attivazione della reazione corticosurrenale di

stress ossia limitino l'attivazione di CRF o attraverso un potenziamento dell'attivazione GABAergica, o mediante un blocco dell'attivazione dei neurotrasmettitori con azione di rilascio sul CRF (Biondi & Pancheri, 1999).

Inoltre situazioni di elevato stress emozionale possono alterare, nei soggetti predisposti, l'omeostasi del sistema centrale noradrenergico (a livello del Locus Coeruleus), che ha un ruolo chiave nello sviluppo dei Disturbi da attacchi di panico.

Infine, per quanto riguarda gli studi sul disturbo post traumatico da stress, è ormai documentato che un trauma acuto e intenso, oltre a comportare alterazioni neurobiologiche centrali e periferiche nel breve periodo, arriva a determinare modificazioni dei meccanismi di espressione genica e genera quindi effetti che perdurano negli anni.

Si suppone che l'ansia, quale sensazione di paura non connessa ad uno stimolo specifico, possa essere in ultima una risposta emozionale ad un vissuto di stress più o meno prolungato nel tempo. Ansia e stress condividono molti aspetti psiconeurobiologici e spesso in ambito di ricerca il termine "stress" viene usato in modo alternativo o accostato al termine "ansia" (Van den Bergh & coll., 2005).

2.3.3 Effetti dell'ansia sulla gravidanza: meccanismi fisiologici

Secondo Van den Bergh e colleghi (2005) esistono principalmente due possibili spiegazioni a livello fisiologico di come lo stato affettivo della madre possa influire sul feto: il primo riguarda l'alterazione del flusso sanguigno uterino, il secondo la trasmissione di ormoni attraverso la placenta.

Grazie al sistema a ultrasuoni Color Doppler è stato possibile verificare l'ipotesi che l'ansia materna fosse associata ad un alterato flusso sanguigno nelle arterie uterine. Nelle ricerche, un alto Indice di Resistenza al flusso sanguigno era associato a complicanze ostetriche, ed in modo particolare a difetto di crescita intrauterina e preeclampsia. Inoltre la risultante carenza di ossigeno costituiva uno stress per il feto. L'indice di resistenza nelle arterie uterine delle donne in gravidanza era associato in modo significativo con l'ansia di stato e di tratto. Per quanto riguarda la ricerca sull'uomo bisognerebbe ancora comprendere se l'associazione flusso sanguigno-ansia sia associata unicamente allo stato d'animo concomitante o si estenda a situazioni emotive temporalmente più distanti (es.: ansia precedente alla gravidanza) e se la grandezza di

tale legame possa giustificare effetti clinicamente significativi. Di fatto dagli studi su animali risulterebbe che un vissuto ansioso/di stress nelle prime fasi della gravidanza possa modificare il flusso sanguigno dei periodi successivi.

Sebbene la placenta rappresenti una barriera tra l'ambiente materno e quello fetale, è corretto ritenere che alti livelli di glucocorticoidi materni possano influire sull'esistenza fetale. Varie ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione lineare tra i livelli di cortisolo materni e fetali, anche se la concentrazione materna è in proporzione circa dieci volte maggiore di quella fetale. Pertanto se la madre aumenta i propri livelli di cortisolo, questo avrà un effetto diretto sulla situazione ormonale del feto. Rispetto alla capacità placentare di regolare lo scambio di ormoni, così come di sostanze nutritive e di scarto, si segnala che essa può disattivare una percentuale significativa di glucocorticoidi materni attraverso l'11 β HSD2 (11 β idrossisteroide deidrogenasi di tipo 2) capace di proteggere il feto nelle ultime fasi della gravidanza. Sembra che, nonostante l'effetto di barriera generato dall'11 β HSD2, circa il 10-20% dei glucocorticoidi materni riesca ad attraversare la placenta.

Poiché si stima che il cortisolo plasmatico aumenti in un tempo prossimo ai 10 minuti, tale meccanismo non sarebbe in grado di spiegare l'immediatezza di attivazione dei movimenti fetali in corrispondenza di uno stato d'ansia acuto materno. La noradrenalina, che sopraggiunge in un secondo momento, non sembrerebbe attraversare la membrana placentare ma potrebbe generare effetti indiretti attraverso dei cambiamenti a livello muscolare (contrazioni del miometrio) e vascolare (riduzione del flusso sanguigno uterino) materno; ciò chiaramente potrebbe rappresentare uno stress per il feto e aumentarne i livelli di cortisolo.

E' documentato (Meaney & coll., 2007) che la somministrazione di glucocorticoidi durante la gravidanza riduce il peso alla nascita (un effetto particolarmente forte nelle ultime fasi quando la crescita è rapida) e altera stabilmente l'espressione genica; negli stessi feti con ritardo di crescita intrauterina si ritrovano alti livelli di cortisolo nel sangue. Oltre alla normale trasmissione placentare dei glucocorticoidi materni al feto, altre due situazioni particolari sono in grado di alterare l'esposizione al cortisolo e quindi di determinare un ritardo di crescita fetale: la carenza di 11 β HSD2, che come indicato precedentemente determina una sovraesposizione del feto ai glucocorticoidi, e la denutrizione fetale, soprattutto una carenza di proteine. Come si vedrà in seguito, una situazione di stress materno (alti livelli di corticosteroidi) aumenta l'attività dell'asse HPA (ridotta espressione dei recettori glucocorticoidi e mineralcorticoidi nell'ippocampo) che, a

sua volta, predice un basso peso alla nascita e predispone ad un'ipersensibilità allo stress (aumenta le risposte dell'asse HPA) in età adulta e a disturbi metabolici.

Nei modelli animali, nonostante si riconosca il coinvolgimento di vari circuiti quali ad esempio quello dopaminergico e quello serotoninergico, l'asse HPA ha un ruolo centrale nel mediare gli effetti dello stress prenatale tanto nella madre quanto nella prole. Un'elevata attività dell'asse HPA comporta nei figli effetti a breve termine (hanno una circonferenza cranica minore e sono più piccoli alla nascita), come anche a lungo termine con alterazioni nel funzionamento dell'asse HPA e disturbi cognitivi, emotivi e comportamentali nel tempo. In alcuni casi l'attività basale dell'asse HPA è più alta e le risposte sono potenziate in intensità e prolungate nel tempo. Nell'uomo sembra che la risposta materna di stress acquisisca un trend decrescente da metà gravidanza, momento di massima elevazione, in poi (Talge & coll. 2007).

Alte concentrazioni fetali di ormoni dello stress potrebbero avere effetti sullo sviluppo del sistema nervoso fetale, per esempio della corteccia prefrontale che, come detto, ha la funzione di integrare e regolare aspetti cognitivi, emozionali e comportamentali. Sappiamo che nella corteccia cerebrale quasi tutti i neuroni sono generati tra le sei e le diciotto settimane dopo il concepimento. Successivamente inizia la differenziazione neuronale che, nel caso per esempio della corteccia prefrontale, avviene relativamente tardi, a 26-34 settimane gestazionali. Sappiamo che negli animali i glucocorticoidi sono implicati nella programmazione fetale dell'asse HPA e dei sistemi di neurotrasmettitori. Nonostante manchino conoscenze precise sull'effetto degli ormoni dello stress sullo sviluppo del sistema nervoso centrale fetale umano, è ormai assodato che l'esposizione ad elevati livelli di cortisolo ha importanti conseguenze sullo sviluppo cerebrale e del midollo spinale, generando effetti a lungo termine sul funzionamento neuroendocrino e sul comportamento. L'ipotesi è che un'alterazione del delicato equilibrio di fattori implicati nella sinaptogenesi e neurogenesi possa comportare effetti a lungo termine. La programmazione fetale dell'asse HPA e delle strutture della corteccia prefrontale, possono contribuire a spiegare i disturbi di regolazione emozionale e comportamentale riscontrati in letteratura in numerosi bambini figli di donne che avevano vissuto una forte ansia in gravidanza. Uno studio di Van den Bergh e colleghi (2008) ha potuto dimostrare che vissuti ansiosi materni, tra la dodicesima e ventiduesima settimana gestazionale, sono associati in entrambi i sessi ad un'anomala regolazione dell'asse HPA (misurata attraverso i livelli di cortisolo salivare nel corso della giornata) che, solamente nel campione femminile, comporta sintomi depressivi in adolescenza.

Un'elevata concentrazione di glucocorticoidi nell'utero può quindi alterare la "programmazione" della vita fetale. Secondo l'ipotesi della "programmazione fetale" l'esposizione a specifici stimoli durante periodi critici di crescita e sviluppo può alterare in modo permanente l'organizzazione dei tessuti e l'espressione genica. La natura e la gravità degli effetti sono influenzate dall'epoca e dal grado di esposizione durante la gravidanza. Lo sviluppo prenatale risulta caratterizzato da periodi sensibili, durante i quali l'organismo è particolarmente vulnerabile agli stimoli del suo ambiente o, meglio, durante i quali il feto si adatta alle caratteristiche degli spazi intrauterini nei quali si sta sviluppando. L'esposizione materna a situazioni minacciose durante il primo trimestre, fase di rapido e consistente sviluppo degli organi, genera conseguenze di grosse dimensioni a carico delle funzioni cognitive, cardiache, visive, uditive, riproduttive e digestive; un'esposizione durante il secondo e terzo trimestre, fasi decisive per il completamento dello sviluppo degli organi e della crescita somatica, genera invece casi di bambini con basso peso alla nascita, anomalie scheletriche, difetti di udito (Talge & coll., 2007). Il fatto che, in base alle ricerche, varie età gestazionali siano state indicate come sensibili agli effetti a lungo termine dell'ansia materna potrebbe significare che esistono vari meccanismi, che operano in differenti momenti.

Lo stress sembra influenzare lo sviluppo e la programmazione fetale attraverso processi epigenetici: la regolazione dell'espressione genica è mediata da processi chimici quali alterazioni nella metilazione del DNA e l'acetilazione degli istoni (i componenti essenziali dello stress, il fattore di rilascio della corticotropina e i glucocorticoidi, sono regolati dalla metilazione e programmati precocemente). Tali meccanismi influenzano l'attività di trascrizione e quindi l'espressione genica, si verificano precocemente nello sviluppo e si mantengono per tutto il corso della vita, possono agire sul fenotipo senza modificare la sequenza del DNA. Si presume quindi che i cambiamenti dell'ambiente prenatale ed i fattori genetici concorrano a definire il fenotipo alla nascita: il concetto di programmazione intende spiegare l'associazione tra eventi ambientali (tanto interni quanto esterni all'organismo) e una stabile alterazione del fenotipo e dimostra come esperienze fetali possano determinare alcune caratteristiche della vita adulta. L'"ipotesi dell'origine fetale dei disturbi dell'età adulta" suggerisce che gli adattamenti fisiologici, neuroendocrini e metabolici che permettono al feto di adattarsi ai cambiamenti nell'ambiente fetale, danno luogo ad una programmazione permanente, che può determinare conseguenze patologiche nel corso della vita.

Un esempio di origine fetale dei disturbi della vita adulta è dato da un approfondimento di Bateson (2007) legato al tema dell'alimentazione. Esso riporta che i

figli di madri ben alimentate risultano predisposti a vivere in condizioni di alta disponibilità energetica, mentre i figli di madri con bassi livelli nutrizionali sembrano maggiormente adatti ad ambienti poveri di risorse alimentari. In qualche modo è come se la madre durante la gravidanza istruisse il figlio rispetto alla quantità di cibo che avrà a disposizione e lo educasse a servirsene in modo proporzionale. Se le istruzioni non corrispondono a ciò con cui il bambino entrerà in contatto, egli andrà incontro a difficoltà di adattamento più o meno importanti. Pertanto un bambino nato con basso peso alla nascita ed un metabolismo predisposto a richiedere poche risorse, avrà delle difficoltà ad adattarsi ad un ambiente dove regna l'abbondanza: infatti neonati con basso peso alla nascita hanno maggiori probabilità di sviluppare obesità, malattie metaboliche e cardiovascolari in età adulta. Al contrario, bambini nati in ambienti ricchi di risorse alimentari potrebbero essere particolarmente vulnerabili a periodi di prolungata carestia; per esempio pare che nei campi di concentramento le persone con una struttura fisica più possente avessero una resistenza minore e pertanto morissero prima di coloro che avevano una corporatura esile. Chiaramente è pur vero che stati di malnutrizione comportano effetti dannosi. In sintesi l'ambiente fetale genera effetti a lungo termine sul fenotipo adulto, che si modifica secondo il criterio di essere il più adeguato possibile al contesto: "si sviluppa un fenotipo alternativo appropriato alle condizioni in cui appare" (p. 1061). Alla luce di questo, Bateson precisa che la plasticità di sviluppo, più che "programmata", sia "elicitata dall'ambiente".

Come detto, sperimentare stress durante la gravidanza comporta nel nascituro il rischio di sviluppare disturbi psichiatrici quali ad esempio depressione, ansia, schizofrenia, autismo. Anche se non si conoscono ancora bene i meccanismi attraverso i quali la condizione fetale genera effetti nella vita adulta, certamente essi chiamano in causa una complessa interazione tra caratteristiche ambientali e genetiche. Si è osservato che molti disturbi associati allo stress prenatale mostrano una tendenza ad essere legati all'appartenenza ad un genere piuttosto che all'altro, suggerendo l'ipotesi dell'esistenza di una "vulnerabilità genere-specifica" (Mueller & Bale, 2008). E' determinante quindi non solo l'epoca di esposizione allo stress, ma anche il sesso del nascituro. Dagli esperimenti sugli animali emerge che la vulnerabilità dei maschi rispetto alle femmine deriva da una differente reattività placentare: la programmazione genere-specifica inizia nelle primissime fasi della gravidanza, permettendo a vissuti di stress materno di contribuire, attraverso effetti sulle funzioni della placenta e sullo sviluppo fetale, all'evolversi di disturbi nel neurosviluppo, con esiti differenti a seconda che si tratti di maschi o femmine.

Studi ulteriori relativi a situazioni di stress nelle primissime fasi di vita (Champagne & Curley, 2008) confermano la possibilità che gli effetti procurino disturbi nel lungo periodo a seguito di cambiamenti epigenetici. La rottura del legame primario madre-bambino genera effetti a lungo termine sul sistema neuroendocrino che regola le risposte allo stress ed i comportamenti materni dei figli stessi, come conseguenza di modificazioni epigenetiche dell'espressione genica in risposta a particolari condizioni ambientali. La privazione di cure materne può generare effetti sul fenotipo della prole e, nello specifico, sul suo comportamento materno con i figli, tanto da trasferire l'effetto attraverso le generazioni.

Si ricorda infine che esiste la possibilità di trasmettere attraverso le generazioni gli effetti della programmazione fetale per via non genetica ma epigenetica, ovvero trasmettendo alla prole alcuni aspetti della regolazione dell'espressione genica (Drake & Walker, 2004).

3. LA RICERCA

3.1 Principali scopi e ipotesi della ricerca

Prendendo in considerazione l'attuale panorama multietnico, scopo principale del presente studio era conoscere i vissuti delle donne immigrate durante la gravidanza: l'eventuale presenza di ansia, la percezione di sostegno da parte del partner, del contesto sociale, dell'ambulatorio che le ha in carico, la sensazione o meno di dominare gli accadimenti della propria vita. Si intendeva capire se alcune delle variabili avessero un peso particolare nel determinare il vissuto ansioso.

Si desiderava verificare se l'ansia correlasse con la presenza di complicanze e se il tipo di complicanze della gravidanza, del parto e neonatali variasse in base all'appartenenza etnica.

A causa delle difficili condizioni psicologiche e socio-economiche delle donne immigrate, della difficoltà di integrazione e di potenziali pregresse esperienze traumatiche, si ipotizzava di trovare nelle straniere livelli di ansia maggiori rispetto alle italiane, nonché che tale vissuto di preoccupazione potesse determinare il verificarsi di un numero maggiore di complicanze (Rizzardo & coll., 1988; Talge & coll., 2007, Johnson & Slade, 2003; Huizink & coll., 2004; Mulder & coll., 2002; Rondò & coll., 2003; Kramer & coll., 2009; Orr & coll., 2007; Catov & coll., 2010; Kurki & coll., 2000; Da Costa & coll., 2000).

Quanto al tipo di complicanze, si ipotizzava che, come ritrovato in precedenti studi, nelle donne immigrate, in particolare quelle di pigmentazione scura, si verificasse un maggior numero di parti prematuri (Orr & coll., 2007; Talge & coll., 2007; Catov & coll., 2010; Shiono & Klebanoff, 1986) e di bambini piccoli per età gestazionale (Abrams & Newman, 1991; David & Collins, 1997).

3.2 Metodo

3.2.1 Campione

I questionari sono stati somministrati a 203 donne in gravidanza, di cui 111 immigrate di differente nazionalità (59 dall'est Europa, 11 dal Nord Africa, 24 dall'Africa sub sahariana, 8 dall'Asia, 7 dall'America del sud e 2 da altri Paesi europei) e un gruppo di controllo composto da 92 donne italiane. Sono state ricontattate per una seconda somministrazione 126 donne.

Si è valutato di includere in questa prima fase della ricerca le donne che al momento della prima somministrazione del questionario fossero entro la ventesima settimana di gravidanza e che avessero una media conoscenza (tale da compilare i questionari) della lingua italiana, o inglese, o francese. Sono state invece escluse le donne con gravidanza ad alto rischio o a cui venisse accertata una malformazione al feto.

Da un'analisi post hoc (test di Scheffe) risulta che le settimane di gravidanza in cui sono state effettuate le valutazioni testistiche sono omogenee tra italiane, donne dell'Africa sub sahariana e donne del resto d'Europa.

In seguito è stato possibile recuperare le cartelle ostetriche (del parto ed eventualmente dei ricoveri) di 167 partecipanti allo studio, di cui 75 italiane e 92 donne immigrate (51 provenienti dall'Europa, 10 dall'Africa del nord, 21 dall'Africa sub sahariana, 7 dall'Asia, 3 dall'America del Sud) e le cartelle cliniche di 55 neonati: si è scelto di recuperare i dati clinici solamente dei bambini che avessero avuto il primo punteggio Apgar inferiore a 9 e il secondo inferiore a 10, di cui fosse necessario individuare l'Apgar perché mancante nella cartella clinica della madre o nati da una gravidanza definita "a rischio" o dove fossero segnalate complicanze, interventi perinatali, situazioni di sofferenza fetale, trasferimenti alla patologia neonatale.

Dopo la raccolta dei dati nelle cartelle cliniche sono stati esclusi 4 soggetti i cui bambini non sono nati vivi (2 a termine, 2 gravi prematuri). I bambini deceduti sono 3 italiani e 1 nigeriano.

In totale è stato quindi possibile portare all'ultima fase dello studio 163 cartelle ostetriche di cui 91 di soggetti immigrati e 72 di donne italiane.

L'età media delle donne immigrate è risultata essere di 29 anni (ds= 4,6) mentre quella delle donne italiane è di 32,8 anni (ds= 4,8): dalle analisi statistiche l'età è significativamente più bassa nelle mamme immigrate ($T = -5,2$, $p < 0,001$). Inoltre, da un'analisi post hoc risulta che le donne italiane si differenziano per età sia dalle donne provenienti dall'Africa sub sahariana sia dalle donne provenienti dal resto dell'Europa (mentre le donne di questi ultimi due gruppi non si differenziano per età).

Per quanto riguarda il livello di scolarità, su una scala da 1 a 6 (dove 6 indica gli studi universitari), le donne italiane hanno una media di 5,1 (ds= 1,05) dove 5 corrisponde a degli studi effettuati fino ai 18-20 anni, mentre le donne immigrate hanno una media di 4,8 (ds= 1,09) dove 4 indica un percorso di studi terminato verso i 14/16 anni. La differenza tra i due gruppi tende alla significatività ($t = 1,55$, $df = 161$, $p = 0,12$). Dal confronto tra donne italiane, dell'Africa sub sahariana ed europee (Anova) risulta che la scolarità è abbastanza omogenea ($F(2,140) = 1,57$, $p = 0,21$) pur risultando (test di Scheffe) essere massima nelle italiane ($M = 5,1$, $ds = 1,05$), media nelle europee ($M = 4,9$, $ds = 0,93$) e minima nelle africane ($M = 4,6$, $ds = 1,18$).

3.2.2 Materiali

Nel corso delle somministrazioni (una o due per soggetto) ad ogni intervistata è stato consegnato e richiesto di compilare il seguente materiale:

- a. Richiesta di consenso informato;
- b. Raccolta di dati socio-demografici e relativi al processo migratorio;
- c. Batteria di questionari composta da:
 - STAI (in versione standardizzata italiana o inglese, o tradotto in lingua rumena, russa e albanese);
 - 4 item per la valutazione dell'atteggiamento verso la gravidanza (da Gurung e coll., 2005);
 - 7 item per la valutazione del mastery (da Pearlin e Schooler, 1978);
 - 11 item per la valutazione del supporto sociale (da Collins et al., 1993);
 - 1 item per indagare un'eventuale familiarità psichiatrica.

Il questionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983) è uno tra i più noti ed utilizzati strumenti validati di misurazione dell'ansia; permette di discriminare e

valutare separatamente l'”ansia di stato” e l'”ansia di tratto”. L'ansia di tratto risulta essere una caratteristica relativamente stabile della personalità, quasi un atteggiamento comportamentale, e riflette la modalità con cui il soggetto tende a percepire come pericolosi o minacciosi stimoli e situazioni ambientali. L'ansia di stato invece è un'interruzione dello stato emotivo usuale e viene percepita come una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, associata all' attivazione del sistema nervoso autonomo.

I quattro items relativi all'atteggiamento delle madri nei confronti della loro gravidanza sono stati estratti dal questionario ATP (Attitudes Toward Pregnancy) utilizzato nella ricerca di Gurung e colleghi (2005). Tre domande indagavano se la gravidanza fosse voluta o meno (“Avere un figlio è una cosa che voglio veramente”, “Avere un bambino adesso mi va bene”, “Avere un figlio adesso non è quello che voglio”) mentre il quarto chiedeva se la donna avesse mai desiderato ultimamente di non essere in gravidanza. Le risposte variavano da “mai” a “quasi sempre” su una scala a cinque punti. Secondo il modello di Gurung un atteggiamento relativo ad un evento è costituito di due componenti: la parte affettiva, i sentimenti (che determinano il tipo di pensieri), e il desiderio che l'evento accada. All'attenzione dello studio è stata appunto questa seconda componente: si è cercato di indagare in che misura le intervistate volessero la gravidanza presupponendo che ciò sia un elemento cruciale nel determinare le emozioni e la percezione di stress. L'atteggiamento nei confronti di un evento ne influenza lo stress associato. Ne consegue che a livello teorico gli individui che desiderano un evento e che percepiscono di avere un margine di scelta e di controllo in ciò che sta per avvenire valutano l'evento come meno stressante quando esso accade.

Il costrutto di “Mastery” è stato indagato attraverso una scala a sette items sviluppata da Pearlin e Schooler (1978). Ai partecipanti sono state presentate affermazioni quali ad esempio “Riesco a fare poco per cambiare molte delle cose importanti nella mia vita” e “Ciò che mi succederà nel futuro dipende principalmente da me” a cui era possibile dare commenti che andavano da 1 (fortemente d'accordo) a 5 (fortemente in disaccordo). Si ritiene che il “mastery” sia un'altra variabile capace di influenzare la percezione dello stress. Il “mastery” è una tendenza relativamente stabile dell'individuo definita come “la misura in cui un individuo considera le possibilità della vita come dipendenti dal proprio controllo, piuttosto che determinate in modo fatalistico” (Pearlin e Schooler, 1978). Il concetto ha delle notevoli somiglianze con i costrutti di “locus of control”, “controllo percepito”, “auto-efficacia”. La letteratura ha evidenziato l'esistenza di una forte relazione tra mastery, coping, depressione e stress nonché gli effetti benefici

dell'assumere tale chiave di lettura degli eventi: Rini e colleghi (1999) hanno per esempio riscontrato che i figli delle donne con alti punteggi di mastery avevano un maggior peso alla nascita.

Gli items relativi al supporto sociale sono stati estratti da UCLA-Social Support Instrument (UCLA-SSI) (Collins et al., 1993); nello specifico 6 items indagavano il supporto ricevuto dal padre del bambino, 2 il supporto emotivo e assistenziale ricevuto dalla struttura ambulatoriale, 3 la presenza di una rete sociale (ovvero la vicinanza ad almeno un parente, un amico o la convivenza con il partner). Secondo il modello di riferimento il supporto si compone di (a) aiuto materiale, (b) assistenza nello svolgimento di azioni, (c) consigli e informazioni, (d) ascolto; nella sua forma originale il questionario indaga pertanto ciascuno di questi elementi. Anche la versione ridotta da noi utilizzata ha indagato i vari aspetti del supporto del partner con domande del tipo "Quanto spesso il padre del bambino ha dato un aiuto economico?", piuttosto che chiedendo se l'intervistata avesse ricevuto aiuti in senso pratico, ascolto alle preoccupazioni e alle ansie, ecc. A tali domande era possibile dare risposte su una scala a quattro punti che variava da "mai" a "quasi sempre". Due domande chiedevano se ci si sentisse soddisfatti del supporto emotivo piuttosto che dell'assistenza generale ricevuta dal personale sanitario (infermieri e medici) e dall'ambulatorio. Il punteggio totale, unito ai dati sulla presenza di una rete sociale, rappresenta un indice del supporto sociale.

Secondo vari studi la presenza di un buon supporto sociale e di solide relazioni incide non solo sul benessere psicologico della donna in gravidanza ma sul decorso stesso del parto. In particolare si è dimostrato come la principale fonte di supporto durante la gravidanza sia quella data dal padre del bambino. Sembra inoltre che il supporto del padre risulti particolarmente importante per alcuni gruppi etnici.

3.2.3 Procedura

Lo studio si inserisce all'interno di una ricerca più ampia che ha previsto varie fasi.

La prima è consistita nella somministrazione di una batteria di questionari volti a rilevare l'ansia di strato e di tratto, il mastery, il supporto sociale, l'atteggiamento verso la gravidanza, la familiarità psichiatrica, oltre a variabili socio-demografiche e relative all'esperienza migratoria; tali questionari sono stati somministrati prima o dopo le visite ginecologiche di controllo presso alcuni consultori della città di Padova (ambulatorio

ginecologico di Via Scrovegni, di Via Ognissanti, di Via Piovese, di Albignasego) o presso la Clinica Ginecologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova. La somministrazione dei questionari è avvenuta entro la ventesima settimana di gravidanza; per una parte del campione è stata effettuata una seconda somministrazione tra la trentesima e la trentasettesima settimana. La prima somministrazione richiedeva circa 20 minuti (il tempo variava molto soprattutto in considerazione del livello di conoscenza della lingua), l'eventuale successiva 15 minuti circa. Il materiale è stato somministrato da psicologhe tirocinanti, con buona conoscenza della lingua francese, che hanno contattato i soggetti direttamente presso i consultori, nei giorni concordati per le visite di controllo.

In un secondo momento, grazie all'accesso al Sistema informatizzato dell'azienda Ospedaliera (SSI), sono state recuperate per ogni soggetto informazioni relative a eventuali ricoveri in regime ordinario o di day-hospital (anche precedenti il parto e quindi possibili indici di complicazioni), periodo e durata degli stessi, reparto, nosologico, diagnosi e interventi principali. In considerazione del fatto che non tutte le donne intervistate durante la gravidanza sono state poi ricoverate presso l'Ospedale di Padova, si è quindi cercato, tramite il sistema SSI, di definire il campione dello studio, quantificando il numero di soggetti rimasti inclusi nella seconda parte della ricerca, ossia i partecipanti allo studio di cui era possibile recuperare la cartella clinica.

E' iniziata pertanto la fase di ricerca e consultazione, negli archivi dell'Azienda Ospedaliera (presso la Divisione Ostetrica, la Clinica Ginecologica e l'Archivio Generale di Camin) delle cartelle cliniche dei ricoveri e dei parti avvenuti presso la Divisione Ostetrica e la Clinica Ginecologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Dalle cartelle ostetriche si intendevano ricavare principalmente informazioni relative alla madre (età al parto, pregresse gravidanze -numero totale, aborti, nati sani, prematuri-, peso pregravidanza e al termine), ad eventuali complicazioni durante la gravidanza (anemia, diabete, preeclampsia, minacce d'aborto, infezioni urinarie o vaginali, oligoidramnios, insufficienza placentare, insufficiente crescita fetale...) o verificatesi durante il parto (malpresentazione, parto prolungato, cesareo per sofferenza fetale, problemi alla placenta, liquido amniotico tinto, rottura pre-termine delle membrane, distocie meccaniche o dinamiche ...).

Infine si è proceduto (presso l'archivio della Pediatria e l'Archivio Generale di Camin) alla ricerca delle cartelle cliniche dei neonati che avessero avuto il primo punteggio Apgar inferiore a 9 e il secondo inferiore a 10 o di cui fosse necessario individuare l'Apgar perché mancante nella cartella clinica della madre. Di tali bambini si ricercavano informazioni generali (età gestazionale, peso alla nascita, lunghezza,

circonferenza cranica) e di eventuali complicazioni neonatali (cianosi, asfissia, ittero, problemi cardiaci, ipotonia, iporeattività, ipotermia, problemi neurologici, giro o nodo o prolasso funicolo, liquido amniotico tinto, necessità di rianimazione, somministrazione ossigeno, intubazione, basso peso alla nascita, sepsi ...) o complicate dell'immaturità (tremori, difficoltà d'alimentazione, ipotermia, insufficiente peso e lunghezza per età gestazionale, prematurità).

3.3 Risultati

3.3.1 Differenze tra madri italiane e straniere

L'analisi dei risultati inizia focalizzandosi sulle differenze presenti tra madri italiane ed immigrate quanto a caratteristiche psicologiche e della gravidanza.

Applicando il T-test sulle variabili parametriche (Tabella 6) rileviamo che non esistono differenze significative tra bambini figli di donne italiane e figli di donne immigrate quanto a peso, lunghezza, indice ponderale, età gestazionale. L'indice ponderale è stato calcolato con la formula $1000 \times (\text{peso alla nascita in grammi} / \text{lunghezza in centimetri})$. Vi sono invece differenze significative ($T = -5,2$, $df = 161$; $p < 0,0001$) per quanto riguarda l'età delle madri, con un'età significativamente più bassa nelle mamme immigrate ($M = 29$) rispetto alle italiane ($M = 32,8$).

Tabella 6. Caratteristiche della gravidanza nelle donne italiane e immigrate (per variabili parametriche)

<i>Variabili</i>	Donne italiane		Donne immigrate		<i>T-test</i>	<i>P</i>
	(n= 72)		(n= 91)			
	Media	ds	Media	Ds		
<i>Età (anni)</i>	32.8	4.8	29.0	4.6	-5.226	0.000
<i>Peso bambino (g)</i>	3307.5	482.7	3343.7	632.5	0.402	0.689
<i>Lunghezza bambino (cm)</i>	48.7	2.1	48.8	2.9	0.102	0.919
<i>Ponderal index</i>	28.4	2.5	28.4	3.1	-0.034	0.973
<i>Età gestazionale (sg)</i>	38.9	1.8	38.8	2.4	-0.396	0.692
<i>Aumento ponderale madre (kg)</i>	12.2	5.6	12.5	6.8	0.237	0.813

Grazie al test di Mann-Whitney (Tabella 7) non si rilevano differenze tra donne italiane e straniere neppure nel numero di complicanze totali o nel numero di complicanze incontrate durante la gravidanza, neonatali o legate all'immaturità: le complicanze legate al parto si presentano invece in numero significativamente inferiore nelle madri italiane rispetto alle madri immigrate ($Z = -2,27$, $p = 0,02$).

Tabella 7. Caratteristiche della gravidanza nelle donne italiane e immigrate (per variabili non parametriche)

Variabili	Donne italiane (n= 72)		Donne immigrate (n= 91)		Test U di Mann-Whitney Z	p
	Media	ds	Media	ds		
Complicanze totali	2.5	2.2	2.5	2.5	-0.113	0.910
Complicanze gravidanza	0.9	0.8	0.9	0.9	-0.780	0.436
Complicanze parto	0.3	0.5	0.5	0.8	-2.275	0.023
Complicanze neonatali	0.7	1.0	0.6	1.0	-0.545	0.586
Complicanze immaturità	0.5	0.8	0.5	0.9	-0.557	0.578

Attraverso il calcolo del Chi quadrato (Tabella 8) è stato possibile confrontare ulteriormente i due campioni.

Sono state classificate "complicanze della gravidanza" l'anemia, la preeclampsia, il diabete, il verificarsi di una minaccia d'aborto entro i primi tre mesi, una minaccia d'aborto dopo i tre mesi, infezioni urinarie o vaginali, oligohidramnios, un'insufficiente crescita diagnosticata nelle ecografie. Sotto la categoria delle "complicanze del parto" sono ricadute la rottura prematura delle membrane, un taglio cesareo per sofferenza fetale, problemi della placenta (infarti, previa, distacco), la posizione podalica o altre malpresentazioni, distocie meccaniche o dinamiche. Sono state considerate "complicanze del neonato" le difficoltà respiratorie, l'ittero, la presenza di un giro o nodo o prolasso del funicolo, il liquido amniotico tinto, l'intubazione o la somministrazione di ossigeno, la sepsi. Infine venivano classificate "complicanze dell'immaturità" i tremori, le difficoltà d'alimentazione, l'ipotermia, la condizione dell'essere piccolo o corto per età gestazionale (ossia sotto il 10° percentile per sesso ed età gestazionale), la prematurità (nascita precedente alle 37 settimane gestazionali). La categoria "complicanze totali" ha incluso le complicanze gravidiche, le complicanze neonatali, le complicanze del parto e le complicanze dell'immaturità.

Non ci sono differenze significative tra donne italiane e immigrate rispetto alla presenza di almeno una complicanza ($\chi^2= 0,36$, $gl=1$, $p=0,55$), di almeno una complicanza nel corso della gravidanza ($\chi^2=1,01$, $gl=1$, $p=0,31$), neonatale ($\chi^2= 0,35$, $gl=1$, $p=0,55$) o dell'immatùrità ($\chi^2=0,39$, $gl=1$, $p=0,53$). Esiste invece una differenza significativa per quanto riguarda la presenza di complicanze al parto: le donne immigrate hanno una probabilità due volte maggiore delle italiane di averne almeno una (35% vs 21%; $\chi^2= 4.02$; $gl=1$; $p=0,05$; OR= 2,1, 95% IC, 1.0-4.2).

Riguardo all'anamnesi delle pazienti non si rilevano differenze significative rispetto all'essere primipare o alla presenza di complicanze nelle gravidanze precedenti mentre vi sono differenze di rilievo per quanto riguarda precedenti interruzioni volontarie di gravidanza e precedenti aborti spontanei o bambini nati morti: il 28% delle donne immigrate, rispetto al 12% delle donne italiane, è andata incontro ad almeno un IVG nel passato ($\chi^2= 5.63$; $gl= 1$; $p= 0,02$; OR= 2,7, 95% IC, 1.2-6.2) e il 50% delle immigrate, contro il 29% delle italiane, ha avuto almeno un'esperienza di aborto spontaneo o bambino nato morto ($\chi^2= 6.86$; $gl= 1$; $p= 0,01$; OR= 2,4, 95% IC, 1.2-4.6).

Il calcolo del Chi quadrato sulle variabili del periodo della gravidanza evidenzia che non esistono differenze significative tra madri italiane e madri immigrate rispetto ad anemia, infezioni urinarie, diabete gestazionale, preeclampsia, minaccia d'aborto nei primi tre mesi, minaccia d'aborto tra i tre mesi e il termine della gravidanza, rottura pretermine delle membrane, insufficiente crescita fetale diagnosticata in ecografia, taglio cesareo per sofferenza fetale acuta, distocia, liquido amniotico tinto, oligodramnios, placenta previa o distacco di placenta, infarto della placenta, la presenza di un giro, nodo o prolasso del funicolo (si vedano i valori in Tabella 8). Si segnala ad ogni modo che tende ad esserci una differenza tra italiane ed immigrate quanto a crescita fetale: nelle gravidanze delle donne straniere, rispetto a quelle delle donne italiane, c'è un rischio, tendente alla significatività, che si riscontri un'insufficiente crescita del feto all'esame ecografico ($\chi^2= 2.65$; $gl= 1$; $p= 0.10$; OR= 5.0, 95% IC, 0.6-42.6). Inoltre risulta esserci una differenza prossima alla significatività per quanto riguarda il rischio, più alto per le gravidanze delle donne italiane, di un nodo o un prolasso del funicolo ($\chi^2= 2.56$; $gl= 1$; $p= 0.11$; OR= N.C., 95% IC).

Sono state ritrovate differenze di rilievo per quanto riguarda 2 situazioni problematiche: la presenza di malpresentazioni al parto e l'utilizzo di strumentazione quale forcipe e ventosa. Dai dati risulta che le donne immigrate hanno un rischio 5 volte più alto delle donne italiane che si verifichi una malpresentazione al parto ($\chi^2= 7.02$; $gl= 1$; $p< 0,001$; OR= 4.9; 95% IC, 1.4-17.6); inoltre le madri straniere hanno un rischio

maggiore rispetto a quelle italiane relativamente alla necessità di strumentazione al parto ($\chi^2= 5.79$; $gl= 1$; $p= 0,02$; $OR= N.C.$, 95% IC).

Prendendo in esame le variabili dei neonati, il calcolo del Chi quadrato non individua nessuna differenza significativa tra bambini nati da donne immigrate o italiane per quanto riguarda la prematurità, l'essere piccolo o corto per età gestazionale, la presenza di difficoltà respiratorie, ittero, infezioni neonatali, tremori, difficoltà alimentari, l'uso di termoculla, la somministrazione di ossigeno, l'intubazione.

Tabella 8. Complicanze della gravidanza e dei primi giorni di vita del bambino (chi quadrato e Odds Ratio per variabili nominali)

Variabili	Donne italiane (n= 72)	Donne immigrate (n= 91)	χ^2	OR (95%IC)
Almeno 1 complicanza in tutta la gravidanza	64 (89%)	78 (86%)	0.36	0.75 (0.3-1.9)
Almeno 1 complicanza in gravidanza	49 (68%)	55 (60%)	1.01	0.72 (0.4-1.4)
Almeno 1 complicanza al parto	15 (21%)	32 (35%)	4.02*	2.06 (1-4.2)
Almeno 1 complicanza neonatale	31 (43%)	35 (38%)	0.35	0.83 (0.4-1.5)
Almeno 1 complicanza immaturità	23 (32%)	25 (27%)	0.39	0.80 (0.4-1.6)
Primipara	33 (46%)	50 (55%)	1.33	1.44 (0.7-2.7)
Pregresse IVG	9 (12%)	25 (28%)	5.63*	2.69 (1.2-6.2)
Pregressi aborti o nati morti	21 (29%)	45 (49%)	6.86*	2.37 (1.2-4.6)
Pregresse gravidanze con complicanze	16 (22%)	14 (15%)	1.25	0.64 (0.3-1.4)
Anemia in gravidanza	3 (4%)	6 (6%)	0.45	1.62 (0.4-6.7)
Infezioni urinarie	20 (28%)	23 (25%)	0.13	0.88 (0.4-1.8)
Diabete gestazionale	12 (17%)	16 (18%)	0.02	1.07 (0.5-2.4)
Preeclampsia	13 (18%)	11 (12%)	1.14	0.62 (0.3-1.5)
Minaccia d'aborto 0-3 mesi	2 (3%)	1 (1%)	0.63	0.39 (0-4.3)
Minaccia d'aborto 3-9 mesi	8 (11%)	7 (8%)	0.56	0.67 (0.2-1.9)
Rottura pretermine membrane	5 (7%)	7 (8%)	0.03	1.12 (0.3-3.7)
Insuff crescita fetale	1 (1%)	6 (7%)	2.65	5.01 (0.6-42.6)
Malpresentazioni	3 (4%)	16 (18%)	7.02*	4.90 (1.4-17.6)
Cesareo per sofferenza fetale acuta	2 (3%)	6 (7%)	1.25	2.47 (0.5-12.6)
Distocia	7 (10%)	12 (13%)	0.47	1.41 (0.5-3.8)
Strumentazione	0 (0%)	7 (8%)	5.79*	NC
LA tinto	10 (14%)	13 (14%)	0.00	1.03 (0.4-2.5)
Oligoidramnios	3 (4%)	3 (3%)	0.08	0.78 (0.1-4)
Placenta previa o distacco	2 (3%)	3 (3%)	0.03	1.19 (0.2-7.3)
Infarto placenta	11 (15%)	16 (17%)	0.15	1.18 (0.5-2.7)
Giro funicolo	15 (21%)	14 (15%)	0.82	0.69 (0.3-1.5)
Nodo o prolasso funicolo	2 (3%)	0 (0%)	2.56	NC
Prematurità	7 (10%)	9 (10%)	0.00	1.01 (0.4-2.9)
Piccolo per età gestazionale	2 (3%)	4 (4%)	0.30	1.60 (0.3-9)
Corto per età gestazionale	3 (4%)	8 (9%)	1.37	2.22 (0.6-8.7)
Ittero	3 (4%)	6 (7%)	0.45	1.62 (0.4-6.7)
Difficoltà respiratorie	6 (8%)	10 (11%)	0.32	1.36 (0.5-3.9)
Difficoltà alimentari	6 (8%)	4 (4%)	1.08	0.50 (0.1-1.9)
Infezioni neonatali	3 (4%)	5 (5%)	0.15	1.34 (0.3-5.8)
Tremori	4 (6%)	2 (2%)	1.28	0.38 (0.1-2.1)
Termoculla	13 (18%)	15 (16%)	0.07	0.90 (0.4-2)
Ossigeno	9 (12%)	8 (9%)	0.59	0.67 (0.2-1.8)
Intubazione	2 (3%)	1 (1%)	0.63	0.39 (0-4.4)

Grazie all'uso del T-test è stato possibile analizzare le differenze tra madri italiane e immigrate quanto a variabili psicologiche.

I risultati hanno evidenziato che, nella prima somministrazione (Tabella 9), non esistono differenze significative tra italiane e immigrate relativamente all'atteggiamento verso la gravidanza (ATP), un indice tra le altre della desiderabilità di un evento, e relativamente alla percezione del supporto del partner. I due gruppi si differenziano invece per quanto riguarda la percezione del supporto dell'ambulatorio in cui si eseguono i controlli ($T= 2.610$; $df=161$; $p=0.01$), il mastery ($T= 4.293$; $df=161$; $p<0.001$) e ovviamente la presenza di una rete sociale di supporto ($T= 5.649$; $df=161$; $p<0.001$): nei tre casi le donne italiane esprimono punteggi più alti. Rivolgendosi agli indicatori di ansia, dai dati si evince che al momento della prima somministrazione non esistono differenze significative tra italiane e immigrate per quanto riguarda l'ansia di stato (dato situazionale), mentre le donne immigrate mostrano punteggi di ansia di tratto (dato stabile di personalità) significativamente più alti delle donne italiane ($T= -3.188$; $df=161$; $p=0.002$).

Tabella 9. Differenza tra madri italiane e immigrate per variabili psicologiche (prima somministrazione)

	Donne italiane		Donne immigrate		T-Test (df=161)
	M	ds	M	ds	
ATP	17.9	2.2	17.6	2.9	0.663
Supporto partner	21.5	3.7	21.0	3.9	0.808
Supporto ambulatorio	7.0	1.3	6.4	1.5	2.610*
Rete supporto	2.5	0.7	1.9	0.8	5.649*
Mastery	26.3	6.1	21.5	7.8	4.293*
Stai-stato	39.2	8.7	39.5	10.5	-0.190
Stai-tratto	36.3	7.7	40.3	8.4	-3.188*

Durante la seconda somministrazione (Tabella 10) i punteggi dei due gruppi non hanno mostrato differenze significative per quanto riguarda l'atteggiamento verso la gravidanza, il supporto del partner e dell'ambulatorio, l'ansia di tratto. La differenza tra i due gruppi rispetto a quest'ultimo dato è in realtà prossima alla significatività ($T= -1.934$; $df=107$; $p=0.06$). Si riscontra una differenza significativa tra i due gruppi nella valutazione della rete di supporto ($T= 4.116$; $df=107$; $p<0.001$) e del mastery ($T= 2.092$; $df=107$; $p=0.04$) che hanno punteggi maggiori nelle italiane e dell'ansia di stato che invece ha punteggi maggiori nelle donne straniere ($T= -2.063$; $df=107$; $p=0.04$).

Tabella 10. Differenza tra madri italiane e immigrate per variabili psicologiche (seconda somministrazione)

	Donne italiane		Donne immigrate		T-Test (df=107)
	M	ds	M	ds	
ATP 2	18.5	1.8	18.2	2.0	0.794
Supporto partner 2	21.3	4.1	21.0	4.8	0.298
Supporto ambulatorio2	7.0	1.2	6.8	1.4	0.599
Rete supporto 2	2.6	0.6	2.0	0.8	4.116*
Mastery 2	27.2	4.3	25.4	4.7	2.092*
Stai-stato 2	37.1	7.4	40.4	9.4	-2.063*
Stai-tratto 2	37.0	6.9	40.0	7.1	-1.934

Si è voluto poi suddividere il campione in tre gruppi: le madri europee, dell'Africa sub sahariana e italiane. Attraverso il calcolo dell'Anova univariata si è provveduto a confrontare le medie dei tre gruppi.

Nella prima somministrazione (Tabella 11) il supporto del partner differenzia i tre gruppi ($F(2,140)=3.54$; $p= 0.03$): è massimo nelle europee e significativamente più basso nelle donne africane (Test di Scheffe). I gruppi si differenziano l'uno dall'altro in modo significativo (test di Scheffe) anche per quanto riguarda la rete di supporto ($F(2,140)=17.24$; $p< 0.001$): le italiane vi attribuiscono punteggi più alti che le donne europee e queste a loro volta danno punteggi più alti delle donne africane. Vi è una differenza tra i tre gruppi anche rispetto al mastery ($F(2,140)=15.16$; $p< 0.001$): le africane hanno un mastery significativamente più basso degli altri due gruppi. Infine dalla prima somministrazione emerge una differenza significativa anche nella STAI di tratto ($F(2,140)=6.02$; $p< 0.001$): le africane hanno una STAI di tratto più alta degli altri due gruppi (Test di Scheffe).

Non si ritrovano invece differenze tra i tre gruppi per quanto riguarda l'atteggiamento verso la gravidanza, la percezione di supporto da parte dell'ambulatorio, la STAI di stato.

Tabella 11. Differenze tra gruppi per variabili psicologiche (calcolo dell'ANOVA univariata sulle variabili della prima somministrazione)

	Europa		Africa sud		Italia		ANOVA
	M	ds	M	ds	M	ds	F (2.140)
ATP	18.0	2.3	17.3	2.7	17.9	2.2	0.67
Supporto partner	22.0	2.6	19.4	5.3	21.5	3.7	3.53*
Supporto ambulatorio	6.5	1.4	6.6	1.4	7.0	1.3	2.40
Rete supporto	2.0	0.7	1.5	0.8	2.5	0.7	17.24*
Mastery	23.3	6.5	16.8	10.2	26.3	6.0	15.16*
Stai-stato	39.1	9.6	39.5	12.0	39.2	8.7	0.01
Stai-tratto	38.4	7.9	42.9	6.0	36.3	7.7	6.02*

Alla seconda somministrazione (Tabella 12) i tre gruppi risultano differenziarsi significativamente quanto a rete di supporto ($F(2,95)= 6.85$; $p < 0.001$), mastery ($F(2,95)=4.83$; $p= 0.01$) e STAI di stato ($F(2,95)=6.93$; $p < 0.001$). Come si poteva immaginare, anche nella seconda somministrazione la rete di supporto è più bassa per le donne immigrate e significativamente più alta, rispetto agli altri due gruppi, nelle italiane (Test di Scheffe). Così come alla prima somministrazione il mastery è significativamente più basso nelle donne africane che negli altri due gruppi. La STAI di stato è significativamente più alta nelle donne africane che negli altri due gruppi. La differenza tra i punteggi alla STAI di tratto dei tre gruppi è prossima alla significatività ($F(2,95)=2.69$; $p= 0.07$) ed evidenzerebbe ancora punteggi più alti per le donne africane.

Tabella 12. Differenze tra gruppi per variabili psicologiche (calcolo dell'ANOVA univariata sulle variabili della seconda somministrazione)

	Europa		Africa sud		Italia		ANOVA
	M	ds	M	ds	M	ds	F (2.95)
ATP 2	18.3	2.1	17.9	1.8	18.4	1.7	0.35
Supporto partner 2	21.8	3.4	18.9	8.6	21.3	4.1	1.55
Supporto ambulatorio2	6.8	1.3	6.1	1.9	7.0	1.2	1.63
Rete supporto 2	2.1	0.8	1.9	0.9	2.6	0.6	6.85*
Mastery 2	26.1	4.6	22.2	5.1	27.2	4.3	4.83*
Stai-stato 2	38.5	8.4	48.0	11.3	37.0	7.4	6.93*
Stai-tratto 2	38.9	7.9	42.7	5.8	36.9	6.9	2.69

3.3.2 Salute psichica in gravidanza: predittori di ansia al followup

Sono state svolte delle analisi di regressione per comprendere quali fossero i predittori dell'ansia di stato alla seconda somministrazione (variabile dipendente).

Il primo modello analizzato, riferito alle sole donne immigrate, considera come variabili indipendenti la nazionalità, la religione, il supporto del partner, la rete di supporto e il mastery. Il modello è significativo ($F(5,37)=5.03$; $p<0.001$) e spiega il 32.4% della varianza totale. Il supporto del partner e la mastery alla prima valutazione risultano essere predittori dell'ansia di stato al follow up per le straniere, mentre non risultano esserlo la provenienza, la rete di supporto sociale e la religione.

Una seconda analisi ha preso in considerazione tutto il campione utilizzando lo stesso modello predittivo. Anche in questo caso il modello è significativo ($F(5,41)= 3.71$; $p< 0.007$) e la varianza spiegata è del 22.7%. Le variabili supporto del partner e mastery risultano nuovamente essere predittori della variabile dipendente.

In seguito al modello è stata aggiunta la variabile "scolarità": il modello si è mantenuto significativo ($F(6,40)= 4.12$; $p<0.003$), con una varianza spiegata per il 28.9%. I predittori della variabile dipendente sono il supporto del partner e la scolarità; la mancanza di significatività della variabile mastery, che nei modelli precedenti era risultata significativa fino all'inserimento della variabile scolarità, lascia dedurre che scolarità e mastery sono correlati.

E' stato quindi effettuato un tentativo di inserire anche l'ansia di tratto come variabile indipendente nel modello di regressione. Il modello mantiene la sua validità ($F(7,39)=5.46$; $p<0.0001$). A fronte di una varianza spiegata del 40.4% scolarità, ansia di tratto e supporto del partner sono predittori dell'ansia in gravidanza.

Il modello di regressione finale elimina la discriminante della nazionalità che nei modelli finora presentati non aveva effetto significativo; in questo modo è stato possibile includere nell'analisi anche i soggetti appartenenti a nazionalità in minoranza. Il modello è significativo ($F(6,51)= 7.31$; $p<0.0001$) e spiega il 39.9% della varianza totale. I predittori dell'ansia di stato alla seconda somministrazione restano il supporto del partner, la scolarità e l'ansia di tratto.

Tabella 13. Riepilogo del modello

R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Errore std. della stima
,680(a)	,462	,399	7,262

	Somma dei quadrati	df	F	Sig.
Regressione	2312,116	6	7,306	,000(a)
Residuo	2689,815	51		
Totale	5001,931	57		

Tabella 14. Coefficienti

	Coefficienti non standardizzati	Coefficienti standardizzati	Coefficienti non standardizzati	t	Sig.
	B	Errore std.	B		
(Costante)	41,386	11,663		3,548	,001
Religione	3,068	2,384	,138	1,286	,204
Supporto partner	-,720	,317	-,274	-2,271	,027
Rete supporto	1,220	1,188	,109	1,027	,309
Mastery	,042	,262	,019	,159	,874
Scolarità	-2,491	,995	-,283	-2,503	,016
Stai tratto	,561	,154	,418	3,636	,001

3.3.3 Relazione tra ansia e complicanze perinatali

Analizzando infine, grazie all'indice di correlazione R per ranghi di Spearman, quale correlazione vi sia tra l'ansia, di stato e di tratto, e la presenza di complicanze si ritrova che nelle donne italiane esiste una correlazione significativa tra il punteggio alla STAI di tratto e il numero totale di complicanze ($\rho=0.29$; $p=0.015$), tra il punteggio alla STAI di tratto e il numero di complicanze durante le gravidanze ($\rho=0.26$; $p=0.025$) e tra il

punteggio alla STAI di stato e il numero di complicanze dell'immaturità nel neonato ($\rho=0.24$; $p=0.041$).

Prendendo in considerazione le singole complicanze si ritrova che nelle madri italiane la STAI di tratto correla con la sepsi o le infezioni neonatali ($\rho=0,24$; $p=0.046$) e con la presenza di liquido amniotico tinto ($\rho=0,23$; $p=0.050$).

La STAI di stato alla prima valutazione correla invece con la rottura pretermine delle membrane ($\rho=0,33$; $p=0.004$), oligo o anidramnios ($\rho=0,27$; $p=0.024$), età gestazionale ($\rho=-0,23$; $p=0.048$), prematurità ($\rho=0.26$; $p=0.028$), lunghezza alla nascita ($\rho=-0,26$; $p=0.029$), Apgar 1 ($\rho=-0.26$; $p=0.031$) e sepsi o infezioni neonatali ($\rho=0,31$; $p=0.008$).

Nelle madri immigrate il calcolo della Rho di Spearman non ha evidenziato correlazioni significative tra i punteggi alla STAI di tratto o di stato e le varie categorie di complicanze. Analizzando però le singole complicanze si ritrova che, mentre non esiste nessuna correlazione con la STAI di tratto, la STAI di stato correla con il peso alla nascita ($\rho=-0,24$; $p=0.021$), la lunghezza alla nascita ($\rho=-0,24$; $p=0,021$), l'Apgar1 ($\rho=-0,23$; $p=0,027$), le difficoltà respiratorie del neonato ($\rho=0,24$; $p=0,020$), la somministrazione d'ossigeno ($\rho=0,24$; $p=0,025$).

Per quanto riguarda il campione delle donne immigrate si è calcolato un indice di "stress legato alla migrazione" costituito dalle seguenti variabili: poco tempo di presenza in Italia, assenza di permesso di soggiorno, poca conoscenza della lingua e religione non cattolica. Tale indice correla significativamente con l'uso di strumentazione al parto ($\rho=0,27$; $p=0,01$) e con la somministrazione di ossigeno al neonato ($\rho=0,23$; $p=0,027$).

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Uno degli scopi del nostro studio era conoscere la situazione ed i vissuti delle donne straniere durante la gravidanza. Dalla ricerca emerge che le donne immigrate hanno cercato e voluto la gravidanza quanto le donne italiane: desiderano avere un figlio e, a parte il campione di donne dell'Africa sub sahariana, sanno di poter contare sul sostegno del loro compagno. Sono madri più giovani rispetto alle italiane e, nonostante le ricerche ritrovino indici di salute peggiori nelle immigrate a causa delle difficili condizioni di vita, le donne del nostro campione non mostrano differenze dalle italiane rispetto alla situazione di salute durante la gravidanza (anemia, diabete, ipertensione, infezioni,...); similmente anche i loro neonati non differiscono da quelli delle italiane quanto a condizioni di benessere fisico generale. Come ampiamente documentato in letteratura (La salute della popolazione immigrata, 2009) anche nel nostro campione le immigrate hanno avuto però, in misura superiore alle italiane, precedenti esperienze di interruzioni volontarie o spontanee di gravidanza.

Pur sapendo che l'appartenenza etnica può implicare aspettative e letture differenti circa cosa sia un "sostegno sociale", non stupisce che le donne straniere, rispetto alle italiane, dichiarino di avere una minore rete sociale di supporto durante tutto il corso della gravidanza. Inoltre, in un primo momento tendono a non percepire il sostegno dell'ambulatorio che le ha in carico, mentre con l'aumentare della confidenza, nella fase finale della gravidanza, condividono con le italiane la medesima opinione circa l'assistenza ed il supporto ricevuto dagli infermieri, dai medici e dall'ambulatorio. Durante i mesi di gestazione le donne straniere faticano a ritenere di poter controllare la loro vita e si sentono spesso impotenti di fronte agli accadimenti, differenziandosi in questo dalle italiane. Chi tra loro ha il livello più basso di mastery è il campione di donne africane.

Per quanto riguarda l'ansia in gravidanza risulta che, nelle prime venti settimane, le donne in gravidanza, indipendentemente dall'etnia, hanno la medesima ansia di stato, ossia vivono con la stessa intensità eventuali sentimenti di tensione ed apprensione legati allo specifico momento. Alcuni autori (Gurung & coll., 2005) sottolineano che desiderare il bambino ed avere un atteggiamento positivo verso l'esperienza cui si va incontro, è fortemente correlato ad un vissuto ansioso più lieve durante l'intero corso della gravidanza: ricordiamo che nel nostro studio i due gruppi, italiane e straniere, non mostrano differenze significative in merito a questa variabile. Distanziandosi da alcuni stereotipi, le donne immigrate desiderano la maternità tanto quanto la desiderano le nostre connazionali e hanno pari livelli d'ansia di stato.

In questa prima fase le donne immigrate hanno però livelli d'ansia di tratto considerevolmente più alti delle italiane e mostrerebbero quindi una disposizione abbastanza stabile a provare insicurezza, senso di vulnerabilità, vissuti ansiosi, forse in conseguenza dell'esperienza migratoria che, protraendosi nel tempo, tende a diventare quasi un dato di personalità.

I risultati relativi all'ultima fase della gravidanza rivelano che le donne straniere sperimentano un'ansia di stato, pertanto legata alla specifica situazione, significativamente più alta delle italiane, ad indicare quanto esse vivano in modo particolarmente preoccupato e teso l'approssimarsi dell'evento del parto. Un quadro generale di limitatezza delle risorse aiuta a comprendere tali vissuti di insicurezza legati all'evento. Si segnala inoltre che, nonostante da un punto di vista biologico sia corretto ritenere meno "preoccupanti", nel senso di meno a rischio di complicanze, le gravidanze delle donne giovani, alcuni studi hanno ritrovato un'associazione tra età giovane e elevati livelli d'ansia e, viceversa, tra età elevata e minor aumento dell'ansia tra l'inizio e la fine della gravidanza (Gurung & coll., 2005). L'essere giovani sembra aumentare proprio l'ansia legata alla gravidanza nell'ultimo trimestre (Da Costa e coll., 1999). Anche nel nostro studio quindi il campione più giovane è in realtà anche il campione con più elevati livelli di ansia, e con elevata ansia di stato al termine della gravidanza.

In aggiunta, anche la preoccupazione che la gravidanza possa comportare ripercussioni sulla situazione lavorativa, condizione più facilmente associabile al campione straniero che a quello italiano, sembra manifestarsi in una persistente percezione di contrarietà durante tutto il corso della gravidanza e, come nel nostro studio, in un'aumentata ansia legata alla gravidanza nel terzo trimestre (Da Costa e coll., 1999).

Infine, come nella ricerca di Gurung e colleghi (2005), anche nel nostro studio è risultato che l'ansia durante la gravidanza sia considerevolmente più alta nel gruppo di donne con basso mastery, ossia le straniere.

E' stato possibile fare una considerazione aggiuntiva suddividendo il campione per provenienza geografica: si è ritrovato che le donne provenienti dall'Africa subsahariana, rispetto alle donne provenienti dall'Europa o italiane, vivono in generale una condizione di massima difficoltà. Possono fare scarso affidamento sul supporto del partner e sulla rete sociale, provano una minore mastery, e un'ansia di tratto e di stato significativamente più alte, amplificate, rispettivamente nelle prime venti settimane e intorno alla trentesima settimana. Si tratterebbe quindi di un campione particolarmente vulnerabile durante la gravidanza. Tale dato può essere compreso considerando la distanza geografica (che comporta tra l'altro la difficoltà di mantenere i contatti con la famiglia) ma soprattutto

culturale dal luogo d'origine (difficoltà linguistiche, disorientamento, scarsa autonomia...) e le conseguenti difficoltà di integrazione nel nuovo Paese, legate ad un destino di disagi socioeconomici e scarsità di relazioni. Va ricordato che la pigmentazione scura, che permette di identificare istantaneamente l'immigrato, può avere un peso nell'enfatizzare la sua condizione e marcare violentemente la diversità. Le donne africane del nostro studio hanno caratteristiche simili a quelle descritte da Selten & Cantor-Graae (2005), ovvero potrebbero andare incontro quotidianamente ad un'esperienza cronica e prolungata di "fallimento sociale", sofferenza che le predisporrebbe ad importanti disagi psichici (Cantor-Graae & coll., 2005).

Nella vita dello straniero che viene da "lontano", esiste inoltre la reale possibilità dell'esistenza di un trauma, oltre che culturale, legato all'evento migratorio. Un'esperienza traumatica duratura e faticosamente elaborabile a causa di una faticosa integrazione, potrebbe lasciare strascichi nelle caratteristiche di personalità dell'individuo e andare quindi ad influenzare i punteggi di quella che poi rileviamo come "ansia di tratto".

Un risultato rilevante di questo studio riguarda l'individuazione dei predittori dell'ansia di stato nella seconda fase della gravidanza: a fronte di una varianza spiegata al 40.4% questi sono il supporto del partner, l'ansia di tratto e la scolarità (che sembrerebbe correlata al mastery).

Secondo lo studio di Da Costa e colleghi (1999) l'assenza di supporto del partner predice non solo una maggior insofferenza/percezione di contrarietà durante la gravidanza ma anche un innalzamento dell'ansia legata alla gravidanza e, esattamente come riscontrato nella nostra ricerca, dell'ansia di stato al terzo trimestre. Le donne che possono contare su un solido rapporto di coppia godono del sostegno del partner, il che contribuisce a ridurre lo stato ansioso; al contrario, un rapporto mal funzionante non solo non dà conforto, ma può addirittura essere esso stesso fonte di stress, innalzando ulteriormente i livelli di disagio. Questi risultati trovano conferma anche nel recentissimo lavoro di Catov e colleghi (2010, p.760) in cui le donne non sposate risultano sperimentare un'ansia più alta (e, lo studio preciserebbe, anche un ottimismo più scarso) delle donne sposate. E' noto che, a livello biologico, l'esperienza dell'essere supportati è in grado di annullare l'attivazione della reazione corticosurrenale di stress.

La ricerca ha individuato che l'ansia di tratto predice l'ansia di stato a fine gravidanza. Vari studi (Da Costa e colleghi, 1999; Rizzardo & coll., 1988) individuano un generale e normale aumento dei livelli di apprensione in prossimità dell'evento del parto; è intuitivo che persone con forte ansia di tratto, ovvero con una disposizione stabile all'ansia, possano manifestare un'amplificazione delle preoccupazioni nell'ultima fase della

gravidanza. Uno dei risultati della presente ricerca è aver individuato che la donne immigrate, che hanno livelli di ansia di tratto significativamente più elevati delle italiane nella prima fase della gravidanza (nella seconda fase mostrano valori comunque prossimi alla significatività), sperimentano un'ansia di stato, quindi legata alla situazione, significativamente più elevata delle italiane nell'ultima fase della gravidanza.

Il mastery, che rimanda all'idea di poter determinare, almeno gestire, ciò che accade nella propria vita, risulta predittivo, nel nostro studio come in altri, di quanto una donna sarà ansiosa durante la gravidanza. Il ritenere che la vita sia sotto il proprio controllo funge da "filtro positivo che determina come gli eventi sono percepiti e, conseguentemente, ha effetti sulle modalità di risposta allo stress, come l'ansia" (Gurung e coll., 2005, p. 514). Anche il dato che un'età elevata sia associata a minori livelli d'ansia (Gurung e coll., 2005) sembra aver a che fare con l'esistenza di un'esperienza pregressa (propria o di altri) e quindi con un maggior senso di comprensione e controllo dell'evento. E' ulteriormente interessante scoprire che nel nostro studio uno dei predittori dell'ansia di stato al terzo trimestre sia la scolarità. Risultati simili sarebbero emersi anche in altri studi: secondo Talge e colleghi (2007) l'ansia materna è significativamente associata a bassi livelli di istruzione e nello studio di Da Costa e colleghi (1999) emergeva, come dato che tendeva alla significatività, che l'aver pochi anni di istruzione poteva spiegare una parte della varianza dell'ansia di stato al terzo trimestre.

Se lo stress è la risposta di attivazione dell'organismo a stimoli percepiti come minacciosi, le abilità cognitive e le risorse di tipo culturale sono implicate nella valutazione dello stressor e della propria capacità di fargli fronte. La ricchezza culturale ed elaborativa funge, nelle fasi di allarme, resistenza ed esaurimento, da strumento capace di orientare la lettura e la risposta allo stressor; l'individuo può sentirsi meno impotente di fronte allo stimolo se, almeno in parte, è capace di conoscerlo, controllarlo, fronteggiarlo, ottimizzando le proprie risorse. Sappiamo tra l'altro che, mentre le situazioni gravi, oggettivamente definite, generano reazioni simili in tutti gli individui, lasciando poco margine alla valutazione cognitiva individuale, gli stimoli di tipo psicosociale, di cui ci stiamo occupando, assumono pesi ed accenti differenti a seconda della personale elaborazione e valutazione attribuita. Quanto all'associare le "maggiori risorse culturali" con il "senso di controllo", si segnala che, all'interno della nostra ricerca di un modello predittivo dell'ansia a fine gravidanza, la variabile mastery ha perso immediatamente significatività in corrispondenza dell'inserimento della variabile scolarità: è ragionevole pertanto ipotizzare che mastery e scolarità siano altamente correlati.

I dati hanno evidenziato una “vulnerabilità” delle donne immigrate alle complicanze durante il parto: esse hanno una probabilità doppia rispetto alle italiane di averne almeno una. Nello specifico, le donne immigrate hanno un rischio 5 volte più alto che si verifichi una malpresentazione ed infatti vanno incontro ad un maggior numero di situazioni in cui sia necessario intervenire con della strumentazione (forcipe o ventosa) nel momento del parto. Un ulteriore risultato, prossimo alla significatività, indicava che i figli delle donne straniere tendono a differire dai figli delle italiane per insufficiente crescita fetale. Le donne immigrate hanno inoltre un rischio quasi triplo rispetto alle donne italiane di aver avuto almeno una interruzione volontaria di gravidanza nel passato e un rischio doppio di aborti spontanei o bambini nati morti.

Considerando che erano state incluse nella classificazione di complicanze al parto anche la rottura prematura delle membrane e il taglio cesareo per sofferenza fetale, i risultati della ricerca sono in linea con i principali studi del settore che individuano nelle donne straniere un'incidenza maggiore di parti pretermine e di insufficiente crescita fetale (Catov & coll., 2010; Shiono & Klebanoff, 1986; David & Collins, 1997; Abrams & Newman, 1991). La letteratura suggerisce però che questi risultati possano essere spiegati non tanto con criteri di predisposizione genetica ma attraverso variabili psicologiche e socio-economiche (David & Collins, 1997; Shiono & coll., 1997). Come detto precedentemente, il campione di donne straniere ha maggiori livelli d'ansia, minore supporto sociale, inferiore mastery, talvolta minore supporto del partner (africane) e età inferiore rispetto al campione di italiane, e dalla letteratura sull'argomento sappiamo che tutte queste variabili sono in vario modo associate ad alcune complicanze. In generale, la paura del parto e uno scarso supporto del partner sono associate alla presenza di complicanze (Lewis, 2002). Donne con alti livelli di ansia prenatale sono a rischio di aborti spontanei, parti pretermine, ritardi di crescita fetale (Mulder e coll., 2002); ancor più nello specifico l'ansia in gravidanza nelle donne di colore è associata a parti prematuri (Catov., 2010). Relativamente al momento del concepimento, donne con elevata ansia in gravidanza vanno incontro ad un parto e a doglie più difficoltose (Da costa & coll, 2000) mentre quando hanno ricevuto molto supporto sociale hanno migliori doglie (Collins & coll., 1993); anche l'essere giovani è associato alla presenza di complicazioni al parto (Da costa e coll, 2000). Bassi livelli di mastery, scarso supporto sociale e condizioni abitative degradate sono associati a basso peso alla nascita (Shiono & coll., 1997, Da Costa & coll, 2000).

Infine è stato possibile verificare che sia nelle donne italiane sia nelle immigrate esiste una correlazione tra ansia e complicanze. In particolare sembrerebbe che, sia per

le italiane sia per le immigrate, l'ansia di stato nelle prime venti settimane correla con la lunghezza del bambino alla nascita e il punteggio Apgar del primo minuto di vita. Inoltre nelle madri italiane il vissuto ansioso, sia di stato sia di tratto, correla con sepsi e infezioni neonatali. Nelle donne straniere invece un quadro di stress migratorio correla significativamente con l'uso di strumentazione al parto e di ossigeno.

In entrambi i campioni, ed in modo particolarmente evidente nelle donne italiane, l'ansia di stato nelle prime venti settimane di gravidanza correla con indici legati alla maturazione ed al livello di sviluppo del feto; nelle madri italiane infatti l'ansia di stato correla con il numero di "complicanze dell'immaturità". Gli indici cui si fa riferimento sono l'età gestazionale, la prematurità, la lunghezza alla nascita, la rottura pretermine delle membrane per le madri italiane, il peso alla nascita e, ancora, la lunghezza alla nascita, per le madri straniere. Ciò non solo è in accordo con la maggior parte delle ricerche relative al legame tra ansia e complicanze che ritrovano un'associazione tra ansia ed età gestazionale e tra ansia e parametri di crescita fetale (Rondò & coll., 2003; Orr & coll., 2007; Catov & coll., 2010), ma è ormai comprensibile a livello neurobiologico: l'ansia materna si associa ad un ridotto flusso sanguigno uterino, inoltre lo stress emozionale comporta l'innalzamento dei livelli ematici di alcuni ormoni e pertanto la trasmissione degli stessi al feto attraverso la placenta. Lo stress materno produce un'alterazione dell'attività dell'asse HPA, capace di determinare, nel breve periodo, dimensioni più piccole alla nascita e la predisposizione a disturbi cognitivi, affettivi e comportamentali in età adulta. L'ansia può influenzare lo sviluppo e la programmazione del feto attraverso processi epigenetici.

Inoltre, il risultato che l'ansia di stato nelle prime venti settimane correla con l'Apgar del primo minuto, sia per i figli delle italiane che per quelli delle straniere, è coerente con i risultati di un altro studio in cui l'ansia in gravidanza era correlata con bassi punteggi Apgar al primo e al quinto minuto di vita (Berle & coll., 2005). Diversamente altri studi avevano trovato una correlazione tra quantità e qualità del supporto e punteggio Apgar (Collins & coll., 1993). Un basso punteggio Apgar nei figli di donne con disturbi d'ansia potrebbe indicare uno scarso adattamento neonatale.

L'ansia di tratto correla, solo nel campione delle italiane, con il liquido amniotico tinto. È stato trovato un unico studio in cui alti livelli di ansia (di stato) in gravidanza correlavano con la presenza di meconio nel liquido amniotico che assumeva pertanto la colorazione che lo qualifica come "tinto" (Bhagwanani & coll. 1997).

Dai risultati sembrerebbe che le donne straniere siano particolarmente esposte al rischio di un parto difficoltoso: non solo lo studio ha ritrovato che, rispetto alle italiane,

vanno incontro ad un maggior numero di complicanze al parto, con un rischio 5 volte più alto che si verifichi una malpresentazione e un rischio maggiore relativamente alla necessità di strumentazione al parto, ma è stato possibile verificare che un indice di “stress legato alla migrazione” (poco tempo di presenza in Italia, assenza di permesso di soggiorno, scarsa conoscenza della lingua, religione non cattolica) correla significativamente con l’uso di strumentazione al parto e con la somministrazione di ossigeno al neonato.

Nell’ottica di una revisione del presente lavoro credo sarebbe importante ampliare il campione di donne immigrate perché ogni etnia possa essere correttamente rappresentata al fine di poter ritrovare dei risultati capaci di discriminare tra le differenti provenienze. Inoltre, in sintonia con quanto proposto da alcuni autori (Johnson & Slade, 2003; Talge & coll, 2007), potrebbe essere interessante prendere in considerazione, oltre che i costrutti di “ansia di stato” e “ansia di tratto”, anche alcune declinazioni specifiche dell’ansia, quali ad esempio l’ansia “legata alla gravidanza”, che sembrerebbe particolarmente indicativa degli esiti della gestazione (Huizink, 2004). Infine si potrebbe ampliare il quadro e verificare se variabili come il mastery, il supporto sociale ed il supporto del partner siano correlate a precise complicanze in gravidanza.

Uno dei risultati del presente studio è stato comunque poter individuare l’esistenza di uno specifico gruppo di donne in gravidanza particolarmente a rischio di disagio e di complicazioni. Le donne provenienti dall’Africa subsahariana sembrano sperimentare alti livelli di ansia, sia di stato sia di tratto, basso mastery, scarso supporto sociale e del partner; sono pertanto maggiormente esposte a rischi di complicanze e di problemi di salute dei loro bambini. Nel tentare di spiegare perché questo gruppo etnico, rispetto agli altri, sia particolarmente vulnerabile serve chiamare in causa differenti variabili quali ad esempio la difficoltà di integrazione, le difficili condizioni socio-economiche, la distanza linguistica, la pigmentazione scura della pelle... Agevolano nella possibilità di integrare e significare i numerosi elementi la teoria del “social defeat”, definito come esperienza cronica e prolungata di “fallimento sociale” che predispone al disagio psichico (Cantor-Graae & coll., 2005), ed una riflessione allargata circa il significato della distanza geografica rispetto al paese di origine. Essa costituisce un’importante variabile di cui tenere conto, non solo perché potenzialmente legata a più ampie differenze culturali ma soprattutto perché strettamente connessa alla possibilità o impossibilità di stabilire una rete di connessione con il paese di provenienza (Selten & Cantor-Graae, 2005). Quanto maggiore è la distanza culturale tra madrepatria e luogo di migrazione, tanto maggiore potrà essere lo stress interpersonale e lo shock culturale che ne deriva (Mumford, 1998),

e di conseguenza tanto maggiore potrà risultare la predisposizione a vivere un disagio psichico.

Lo studio ha quindi confermato la presenza di vissuti ansiosi nelle donne immigrate in gravidanza e l'esistenza di una correlazione tra ansia durante la gravidanza e complicanze; sappiamo che sperimentare ansia in gravidanza comporta effetti sullo sviluppo mentale, affettivo e motorio in infanzia, adolescenza ed età adulta (Huizink & coll., 2003) e che la situazione neonatale è predittiva delle successive condizioni di salute del bambino (Favaro & coll., 2006; Foley & coll., 2001; Dalman & coll., 1999; Zornberg & coll., 2000). Interventi volti a ridurre l'ansia prenatale, in particolare nelle fasce di popolazione più a rischio, comporterebbero ricadute positive non solo sulla qualità della vita delle donne gravide, sull'accesso ai Servizi sanitari durante la gestazione (Andersson & coll., 2004), sull'esito dei parti ma potrebbero contribuire a migliorare le condizioni di salute delle nuove generazioni.

Bibliografia

- Abrams B. & Newman V. (1991). Small-for-gestational-age birth: maternal predictors and comparison with risk factors of spontaneous preterm delivery in the same cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 164(3):785-90.
- Andersson L., Sundstrom-Poromaa I., Wulff M., Åström M., Bixo M. (2004) Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:467-476.
- Austin M.P., Leader L.(2000), Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40 (3): 331-337.
- Barker, D.J., Gluckman, P.D., Godfrey, K.M., Harding, J.E., Owens, J.A., & Robinson, J.S. (1993). *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*. *Lancet*, 341, 938-941.
- Bateson P. (2007). Developmental plasticity and evolutionary biology. *Journal of Nutrition*, 137:1060-1062.
- Berle J.Ø., Mykletun A., Daltveit A.K., Rasmussen S., Holsten F. and Dahl A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3): 181-189.
- Bhagwanani S.G., Seagraves K., Dierker L.J., Lax M.(1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2): 93–98.
- Bilsborrow, R.E., Schoorl J. (2006), *Gender and international migration: evidence from the Nidi-Eurostat study*. International Symposium on international migration and development, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, Turin, Italy.

- Biondi M., Pancheri P. (1999). Lo stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria. In Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V., *Trattato italiano di psichiatria*. Edizioni Masson, Milano, 1: 311-345.
- Brouwers E.P.M., van Baar A.L., Pop V.J.M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1): 95-106.
- Busoni, M. (2003), Tra universalismo e differenze: dimensioni del migrare al femminile. In Cambi F., Campani G., Ulivieri S., *Donne migranti: verso nuovi percorsi formativi*, Edizioni ETS, Pisa
- Campani, G. (2002), *Genere, etnia e classe. Migrazioni al femminile tra esclusione e identità*. Edizioni ETS, Pisa.
- Cantor-Graae E., Zolkowska K., McNeil T.F. (2005). Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. *Psychological Medicine* 35: 1155-1163.
- Caritas e Migrantes (2009), *Dossier statistico Immigrazione 2009 XIX Rapporto*, Idos Edizioni, Roma.
- Catov J.M., Abatemarco D.J., Markovic N., Roberts J.M. (2010). Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. *Maternal and child health journal*, 14(5), 758-764.
- Champagne F.A., Curley J.P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4): 593-600.
- Chinosi, L. (2002), *Sguardi di mamme: modalità di crescita dell'infanzia straniera*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Collins N.L., Dunkel-Schetter C., Lobel M., Scrimshaw S.C.M. (1993), Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 65 (6): 1243-1258.

- Da Costa D., Dritsa M., Larouche J., Brender W. (2000). Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: A prospective multivariate study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21 (3), 137-148.
- Da Costa D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of psychosomatic research*, 47(6): 609-621.
- Dalman C, Allebeck P, Cullberg J, Grunewald C., Köster M. (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 56: 234-240.
- David R.J., Collins J.W. (1997). Differing birth weight among infants of US-born blacks, African-born blacks, and US-born whites. *New England Journal of Medicine*, 17: 1209-1214.
- DiPietro J.A., Hilton S.C., Hawkins M., Costigan K.A. & Pressman E.K. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38(5):659-68.
- DiPietro J.A., Novak M.F.S.X., Costigan K.A., Atella L.D., Reusing S.P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, Vol. 77(3): 573–587.
- Drake A.J. and Walker, B.R. (2004) The intergenerational effects of fetal programming: non-genomic mechanisms for the inheritance of low birth weight and cardiovascular risk. *Journal of Endocrinology*, 180, 1-16.
- Evelien, PM Brouwers, AL van Baar, VJM Pop (2001) Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development, *Infant Behavior and Development*, 24 (1): 95-106.
- Favaro A., Tenconi E., Santonastaso P. (2006), Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63, pp. 82-88.

- Foley DL, Thacker II LR, Aggen SH, Neale MC, Kendler KS (2001) Pregnancy and Perinatal Complications Associated With Risks for Common Psychiatric Disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics*, 105 (5): 426-431.
- Galanti M.A. (2003), Donne migranti: spazi corporei e identità. In Cambi F., Campani G., Ulivieri S., *Donne migranti: verso nuovi percorsi formativi*, Edizioni ETS, Pisa.
- Gurung R.A.R., Dunkel-Schetter C., Collins N., Rini C., Hobel C.J. (2005), Psychosocial Predictors of Prenatal Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 24, No. 4, pp. 497-519.
- Huizink A.C., Mulder E.J., Robles de Medina P.G., Visser G.H., Buitelaar J.K. (2004), Is Pregnancy Anxiety a Distinctive Syndrome? *Early Human Development*, 79, pp. 81-91.
- Huizink A.C., Robles de Medina P.G., Mulder E.J.H., Visser G.H.A., Buitelaar J.K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (6): 810–818.
- Huizink A.C., Robles De Medina P.G., Mulder E.J.H., Visser G.H.A., Buitelaar J.K. (2002), Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9):1078-1085.
- Johnson R.C., Slade P. (2003), Obstetric complications and anxiety during pregnancy. Is there a relationship? *Journal of obstetrics & gynecology*, 24 (1), 1-14.
- Kramer M.S., Lydon J., Seguin L., Goulet L., Kahn S.R., McNamara H., Genest J., Dassa C., Chen M.F., Sharma S., Meaney M.J., Thomson S., Van Uum S., Koren G., Dahhou M., Lamoureux J. & Platt R.W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169 (11): 1319-1326.

- Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O (2000) Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Ostetrics and Gynecology*, 95: 487-490.
- La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi* (2009). Progetto promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche.
- Lewis E.M.-M. (2002), Psychosocial Variables Predict Complicated Birth. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17 (1), pp.3-28.
- Meaney M.J., Szyf M., Seckl J.R. (2007). Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends in Molecular Medicine*, 13(7): 269-277.
- Melender H.L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29 (2), 101-111.
- Mueller B.R., Bale T.L. (2008). Sex-specific programming of offspring emotionality after stress early in pregnancy. *Journal of Neuroscience*, 28(36):9055-9065.
- Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70 (1-2): 3-14.
- Mumford D.B. (1998). The measurement of culture shock. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 33(4): 149-54.
- Obel C., Hedegaard M., Henriksen T.B., Secher N.J., Olsen J. (2003). Stressful life events in pregnancy and head circumference at birth. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45 (12): 802–806.
- Orr S.T., Reiter J.P., Blazer D.G., James S.A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 69: 566-570.

- Pearlin L.I. & Schooler C. (1978). The Structure of Coping, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 19, No. 1, pp. 2-21.
- Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa P. D., & Sandman, C.A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333-345.
- Rizzardo R., Magni G., Cremonese C., Talamo Rossi R., Cosentino M. (1988). Variations in Anxiety Levels during Pregnancy and Psychosocial Factors in relation to Obstetric Complications. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 49, pp. 10-16.
- Rondo P.H.C., Ferreira R.F., Nogueira F., Ribeiro M.C.N., Lobert H., Artes R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 266–272.
- Selten J.P., Cantor-Graae E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry*, 187:101-2.
- Shiono P.H., Rauh V.A., Park M., Lederman S.A., Zuskar D. (1997). Ethnic differences in birthweight: the role of lifestyle and other factors. *American Journal of Public Health*, 87(5): 787-793.
- Shiono P.H., Klebanoff M.A. (1986). Ethnic differences in preterm and very preterm delivery. *American Journal of Public Health*, 76(11): 1317-1321.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Strauss R.S. (1997). Effects of the intrauterine environment on childhood growth. *British Medical Bulletin*, 53 (1): 81-95.
- Talge N.M., Neal C., Glover V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48: 3/4, 245–261.
- United Nations (2009). *Trends in international migrant stock: the 2008 revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

- Van den Bergh B.R.H., Mulder E.J.H., Mennes M., Glover V. (2005), Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanism. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 237-258.
- Van den Bergh B.R.H., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology*, 33, 536-545.
- Zornberg G.L., Buka S.L., & Tsuang M.T. (2000). Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 157:196-202.

Allegati

- **Scheda di consenso informato**
- **Breve intervista e batteria di questionari (escluso STAI)**

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Questo consultorio partecipa ad un progetto di ricerca scientifica, in collaborazione con il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Padova. L'obiettivo di questa ricerca è quello di conoscere e migliorare l'assistenza psicologica alle donne immigrate durante la gravidanza.

Nel chiederLe di firmare questo foglio, La invitiamo a partecipare a questo progetto di ricerca rispondendo ad alcune brevi domande in maniera totalmente anonima.

La Sua partecipazione, per la quale non è prevista nessun compenso oneroso, non influenzerà in alcun modo la qualità delle cure che riceverà e che continuerà a ricevere anche se decidesse di non partecipare più a questo studio.

Tutte le informazioni raccolte nel corso di questa ricerca rimarranno completamente anonime e verranno usate a scopi puramente statistici. Lei non sarà riconoscibile da questi dati (nel rispetto della L. 675/96 sul trattamento dei dati personali).

Lei potrà interrompere il suo consenso a partecipare a questo studio in qualsiasi momento e la Sua firma non La vincolerà in nessun modo.

Sono stata adeguatamente informata dalla Dott.ssa _____ sugli scopi e sulle caratteristiche di questo progetto di ricerca e accetto di prenderne parte.

Data _____

Nome _____

Cognome _____

Firma _____

Accetto inoltre di essere ricontattata dalla Dott.ssa _____ per altre due brevi interviste durante il periodo della mia gravidanza

Firma _____

Il mio recapito telefonico è _____

Protocollo Gravidanza Immigrazione
Clinica Psichiatria-III Servizio Psichiatrico

Operatore. Nome _____ Cognome _____

Data contatto _____

CODICE _____ Settimana gravidanza _____

Il questionario è stato somministrato *prima o dopo* la visita di controllo? _____

Data di Nascita _____ Domicilio _____

Nazionalità o Paese di Provenienza della Signora _____

Nazionalità o Paese di Provenienza del Padre del Bambino _____

Religione _____

Pigmentazione Chiara Intermedia Scura

Data di Arrivo in Italia _____ Frequenza con cui torna nel paese d'origine _____

Al momento dell'arrivo in Italia quanto è stato difficile l'inserimento?

per niente 1 2 3 4 5

Modalità di arrivo in Italia _____

Adesso quanto ritiene difficile la sua vita qui?

per niente 1 2 3 4 5

Progetto Migratorio su Altri Paesi Si No Se Si Quale? _____

Cittadinanza Italiana Si No

Rifugiato Si No

Permesso di Soggiorno Si No

Precedenti migrazioni [†] Si No Se Si Dove? _____

Motivi Migrazione	
1	Economici - lavoro
2	Studi
3	Asilo
4	Ricongiungimento coniuge
5	Ricongiungimento altri familiari
6	Art. 18
7	Altro

Conoscenza lingua italiana		Conoscenza altre lingue	
1	Nessuna	1	Inglese
2	Scarsa	2	Francese
3	Sufficiente	3	Spagnolo
4	Discreta/Buona	4	Tedesco

Scolarità		Lavoro	
1	N. C.	1	N. C.
2	Nessuna	2	Disoccupata
3	Fino ai 10/12 anni	3	Casalinga
4	Fino ai 14/16 anni	4	Studente
5	Fino ai 18/20 anni	5	Occupato in modo precario
6	Università	6	Occupato stabilmente

Stato civile		Situazione Familiare	
1	N. C.	1	N. C.
2	Single	2	Vive solo
3	Coniugato	3	Con coniuge e figli
4	Coniugato con figli	4	Famiglia d'origine
5	Separato/Divorziato	5	Amici/parenti
6	Separato/Divorziato con figli	6	Convivenza
7	Vedovo	7	Altro (ad es. badante, colf)

Altri familiari in Italia	
1	N. C.
2	No
3	Si (coniuge più eventuali figli)
4	Si (la famiglia di origine)
5	Si (altri parenti:madre o sorella/e)

1) Avere un figlio è una cosa che voglio veramente

- | | | | | | |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
| | mai | raramente | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
- 2) Avere un bambino adesso mi va bene
- | | | | | | |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
| | mai | raramente | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
- 3) Avere un figlio adesso non è quello che voglio
- | | | | | | |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
| | mai | raramente | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
- 4) Hai mai desiderato di non essere incinta?
- | | | | | | |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
| | mai | raramente | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|-----------|---------|--------|--------------|
- 5) Quanto spesso il padre del bambino ha dato un aiuto economico?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 6) Quanto spesso il padre ha aiutato a risolvere problemi?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 7) Quanto è stata aiutata dal padre del bambino in senso pratico?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 8) Quanto spesso il padre del bambino ascoltava le tue preoccupazioni e le tue ansie?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 9) Quanto spesso il padre del bambino ha dimostrato che gli stavi a cuore?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 10) Quanto sei soddisfatta in generale con il supporto dato dal padre del bambino dall'inizio della gravidanza?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 11) Quanto sei soddisfatta con il supporto emotivo ricevuto dagli infermieri, dai medici e dall'ambulatorio?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 12) Quanto sei soddisfatta con l'assistenza generale ricevuta dagli infermieri, dai medici e dall'ambulatorio?
- | | | | | |
|--|-----|---------|--------|--------------|
| | mai | a volte | spesso | quasi sempre |
|--|-----|---------|--------|--------------|
- 13) Hai almeno un parente che abita in questa zona?
- | | | |
|--|----|----|
| | sì | no |
|--|----|----|
- 14) Hai almeno un'amica stretta che abita in questa zona?
- | | | |
|--|----|----|
| | sì | no |
|--|----|----|
- 15) Convivi con il padre del bambino?
- | | | |
|--|----|----|
| | sì | no |
|--|----|----|

Quanto sei d'accordo o in disaccordo con:

- 16) Ho poco controllo sulle cose che mi succedono
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 17) Non riesco a risolvere alcuni dei miei problemi in nessun modo
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 18) Riesco a fare poco per cambiare molte delle cose importanti nella mia vita
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 19) Spesso mi sento incapace di affrontare i problemi della vita
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 20) A volte sento che gli altri mi comandano a bacchetta
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 21) Ciò che mi succederà nel futuro dipende principalmente da me
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo
- 22) Riesco a fare quasi tutto ciò che mi metto in testa di fare
1 fortemente d'accordo 2 d'accordo 3 neutrale 4 disaccordo 5 fortemente in disaccordo