



## **BAMBINI PRETERMINE: nati per vivere**

Antonio Imbasciati, Sergio Pecorelli., Gaetano Chirico, Antonella Gasparoni, Loredana Cena, Andrea Lojacono, Angela Angeli, Francesca Zerbi, Nella Tralli

La nascita pretermine è una condizione complessa che ha iniziato ad essere un problema per la Sanità Pubblica, soprattutto nelle società industrializzate (Muller-Nix, Ansermet, 2009). I dati delle ricerche internazionali convergono nel considerare la nascita prematura come un evento che comporta particolari complessità nella nascita e nelle immediate e tempestive cure mediche specialistiche, altamente intensive e sofisticate che vanno erogate, a cui la scienza e la medicina attuale stanno provvedendo in questi ultimi decenni con lodevole professionalità. I progressi nelle cure



perinatali e neonatali hanno significativamente aumentato la sopravvivenza dei bimbi nati pretermine (Ananth et al., 2005; Wheller; Baker, Griffiths, 2006). Il progresso tecnologico e scientifico di questi anni, nell'ambito delle cure intensive neonatali, ha consentito una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, che ha favorito la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli, ma con patologie sempre più complesse. In letteratura viene studiata soprattutto la qualità della vita nei sopravvissuti pretermine, nei periodi che vanno dalla nascita all'adolescenza: i bambini pretermine non hanno solo una maggiore probabilità di morte dei bambini nati a termine, ma c'è una maggiore varietà di problemi di salute e di sviluppo rispetto ai bimbi nati a termine. I bimbi nati pretermine sono bimbi ...nati per vivere; sta nel progresso della scienza e della tecnica la responsabilità di dare loro la possibilità di vivere al meglio.

Negli ultimi 20 anni le indagini scientifiche si sono pertanto orientate a individuare i fattori multipli e sovrapposti che devono essere analizzati per cercare di chiarificare i fattori di rischio e di protezione che possono contribuire a migliorare la qualità della vita in questi bambini più vulnerabili (Muller-Nix, Ansermet, 2009). I ricercatori concordano che è fondamentale applicare un approccio multifattoriale alle ricerche: le cause multifattoriali della prematurità includono comportamenti individuali del bambino, condizioni mediche, fattori psicosociali, esposizioni ambientali, trattamenti dell'infertilità nella madre, fattori biologici e genetici. Molti di questi fattori sembrano combinarsi poi particolarmente nei casi in cui i genitori si trovano in situazioni socio economiche svantaggiate o sono membri di gruppi etnici minoritari (Behrman, Stith Butler, 2006).

E' necessario pertanto avere un approccio multidisciplinare che consenta di poter focalizzare da un punto di vista olistico e sempre con maggiore specificità i fattori di rischio e protezione, onde poter predisporre interventi abilitanti e di sostegno allo sviluppo del bimbo, adeguati dal punto di vista non solo medico ma anche psicologico.

Le attuali ricerche internazionali (Muller-Nix, Ansermet, 2009) stanno evidenziando nuove problematiche nei bimbi pretermine relative allo sviluppo psichico, sociale e relazionale. La prematurità ha perso progressivamente la sua connotazione di unicità e centralità nella genesi di disturbi somatici infantili ed è stata contestualizzata in una visione più globale dello sviluppo, considerato come il risultato dell'interazione di molteplici fattori: in particolare quelli relativi all'ambiente socio-affettivo avrebbero una notevole incidenza sulla vulnerabilità psichica e psicosomatica del prematuro che può venire influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante dall'ambiente che lo circonda e dalle modalità di cura e

protezione delle figure primarie e dei molteplici caregivers che si prendono cura di lui nei reparti di terapia intensiva neonatale. I fattori psicologici di questo tipo incidono sullo sviluppo fisico e sulla salute del pretermine molto di più di quanto avvenga per i nati a termine.

Gli studi psicologici convergono nel focalizzare l'attenzione su aspetti dell'interazione dei caregivers con il bimbo pretermine (Ansermet, Muller-Nix et al., 2007; Baldoni et al., 2007; Imbasciati, Cena, 2009); la relazione primaria insieme con tutti i veicoli di comunicazione non verbale influenza la strutturazione neurale e condiziona lo sviluppo psicofisico del bimbo. Le stesse cure mediche specialistiche, per le diverse patologie, potranno avere un esito più o meno positivo a seconda della qualità delle interazioni: queste possono essere favorevoli e facilitanti o addirittura ostacolanti le cure stesse, a seconda della modalità con cui ci si "prende cura" del pretermine e della qualità degli aspetti affettivo emotivi della relazione primaria che vi intervengono. La qualità dello stato emotivo-affettivo dei genitori è una variabile non secondaria, di specifica competenza dello psicologo, che va tenuta adeguatamente sotto controllo, monitorandone gli effetti protettivi o di rischio e la loro influenza nella qualità della relazione e dello sviluppo del bimbo.

La nascita pretermine è un evento altamente stressante per i genitori e la famiglia, con conseguenze emotive a lungo termine: lo stato emotivo dei genitori dipende naturalmente dalla condizione clinica in cui si trova il loro bimbo, che può oscillare presentandosi più o meno tranquillo, soggetta a lenti miglioramenti oppure a ricadute oppure complicazioni. Le madri avvertono uno stress maggiore dei padri (Jackson, Ternstedt, Schollin, 2003).

Studi recenti hanno messo in evidenza che la nascita pretermine di un bimbo provoca elevati livelli di ansia e depressione soprattutto nelle madri, per periodi anche prolungati: le madri possono soffrire di depressione e ansietà per mesi (Miles et al., 2007).

La nascita pretermine, per le complicità mediche e ostetriche che incombono sulla madre e/o sul bambino, assume le connotazioni di un pericolo, accompagnato da minacce di morte, trasformandosi così in evento traumatico (Tracey, 2000) connotato da vissuti di angoscia; durante l'ospedalizzazione del loro bimbo i genitori sono vulnerabili alla continua ripetizione di questi episodi traumatici (Kersting et al., 2004).

In genere le prime due settimane di vita del neonato sono le più critiche per la vita e i neonatologi non riescono sempre a fare previsioni per il futuro, soprattutto nel caso di nascite gravemente premature. I genitori pertanto vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza di prognosi temporanee sulla salute del loro bimbo: viene sospesa anche la progettualità sul futuro. Essi devono fermarsi nella dimensione del presente in cui spesso possono essere predominanti rappresentazioni di angoscia e morte; questa incertezza rispetto all'esito delle cure può diminuire l'investimento psichico sul bimbo (DeMier et al., 2000): fino a quando è ricoverato in terapia intensiva neonatale, la madre e il padre allontanano nel tempo l'investimento sulla propria genitorialità reale, come protezione dalla paura per la perdita del loro bambino. L'impatto con la realtà inaspettata di un reparto di patologia intensiva neonatale, l'incontro con un loro bimbo diverso da come se lo erano immaginato, fragile, monitorato, intubato, può essere sconvolgente, e ai genitori può sembrare di vivere come in un incubo, con sensazioni di irrealtà, forte rabbia e sgomento in cui sorgono impellenti le domande del perché questo sia accaduto proprio a loro. Molti genitori rispondono a questi momenti traumatici con una fase iniziale di rifiuto e una certa ambivalenza verso il bimbo: da un lato delusione e frustrazione e dall'altro angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza; il neonato non è quel bimbo che si erano rappresentati durante la gravidanza ma è pur sempre il loro bimbo, che può essere in pericolo e ha necessità di protezione e cure altamente specializzate.

La nascita pretermine ha connotazioni di un evento disorganizzante per il funzionamento mentale genitoriale: la genitorialità psichica è una funzione che si sviluppa progressivamente nel tempo; il termine "transizione alla genitorialità", sottolinea infatti la dinamicità di questo processo, in continuo divenire durante i nove mesi della gestazione, fino al primo anno di vita. La genitorialità psichica è considerata un periodo evolutivo che inizia in gravidanza, in cui soprattutto è la donna ad essere soggetta a cambiamenti; la gravidanza è un momento evolutivo per le continue trasformazioni somatiche ed emotive che comportano l'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative alla costruzione dell'identità genitoriale. Se per motivi diversi e contingenti la gravidanza si interrompe prima dei nove mesi necessari alla gestazione, le fasi di sviluppo della gestazione non solo fisica e ma anche psichica sono incomplete; la nascita prematura interrompe in genere la gravidanza, proprio nelle ultime fasi di elaborazione psichica, cruciali per la differenziazione e la separazione dal bambino. L'ultimo trimestre della gravidanza è caratterizzato da un processo di differenziazione tra il sé della madre e il nascituro, in preparazione della separazione del parto: in caso di prematurità, la donna interrompe precocemente la gravidanza, in una fase in cui non è ancora

psicologicamente pronta a far nascere il proprio figlio, e a nascere ella stessa come madre. Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura, così come il bambino non ha raggiunto, infatti, un grado di sviluppo necessario che possa garantirgli la sopravvivenza autonoma, altrettanto la donna non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo, affettivo, mentale, rappresentativo, che le consenta di vivere il suo ruolo di madre.

Si viene così a interrompere l'organizzazione psichica che caratterizza il processo della gestazione: i genitori non sono ancora pronti ad accogliere il feto che diventa un neonato pretermine; è presente una vulnerabilità somatopsichica non solo del bimbo, ma anche dei suoi genitori. Anche il padre è sottoposto a grosse tensioni: le sue preoccupazioni sono spesso indirizzate su due fronti, il figlio in neonatologia e la compagna ricoverata in ostetricia, in caso di gestosi o altre patologie, anche lei bisognosa di cure mediche. Può scattare un forte senso di responsabilità e la necessità di negazione dei propri sentimenti per sostenere il resto della famiglia. Il padre, come sosteneva Fornari (1981), che durante il parto ha la funzione di proteggere la madre e il bimbo dall'angoscia persecutoria, presente sulla scena del parto, assume tale funzione anche dopo la nascita, ma se viene sopraffatto dalla preoccupazione per la sopravvivenza del bimbo, qualora sia nato pretermine, e della madre, può venire meno a quella importante funzione di supporto e di tramite con il personale medico-infermieristico e la diade. Una attenzione particolare va dunque riservata alla funzione paterna durante il ricovero e al rientro a casa, in quanto fondamentale supporto all'unità madre-bambino.

Nella nascita pretermine è soprattutto la madre che sente di non essere riuscita a portare a termine il suo compito generativo: questo può suscitare un senso di colpa per non essere stata in grado di portare a termine la gravidanza (Holditch-Davis, Miles, Belyea, 2000), e poter diventare così una "madre vera".

Si viene a costituire un duplice lutto: quello relativo alla perdita del bambino immaginario, che deve essere sostituito con il bimbo reale e quello della perdita dell'immagine di sé come "buon genitore". Verso la fine della gravidanza le rappresentazioni che consentono alla madre di sviluppare un sentimento di preoccupazione per il benessere del bimbo, la cosiddetta preoccupazione materna primaria, (Winnicott, 1956) possono trasformarsi in rappresentazioni che suscitano invece angoscia. La donna che non si sente la madre "sufficientemente buona" (Winnicott, 1987) che sperava di essere per il suo bambino ha pertanto necessità di un sostegno in questo difficile percorso di cambiamento, in quanto ha dovuto assumere prima del tempo dovuto il "ruolo di madre", ma non è ancora pronta a sostenerlo: diventa necessaria una riorganizzazione e un cambiamento rapidi, spesso troppo, rispetto alle rappresentazioni che ella aveva precedentemente la nascita, relative al proprio bambino, attraverso la costruzione di rappresentazioni integrative del bambino immaginario (Vegetti Finzi, 1990), per potersi rappresentare quello reale con cui si incontra quotidianamente, che però è in un'incubatrice, la cui immagine può essere molto discrepante da quella costruita precedentemente, durante la gravidanza.

Il livello di stress del bambino e l'esperienza psichica traumatica soggettiva del genitore sono considerate variabili critiche influenti sulle competenze e sullo sviluppo del bambino: fattori che possono modulare le stesse avversità biologiche della nascita. L'esperienza di precoce stress nel bimbo pretermine in una fase critica dello sviluppo può portare ad una persistente vulnerabilità e ad una reazione emotiva secondaria allo stress che si può manifestare anche tardivamente nello sviluppo; è pertanto importante riconoscere quanto prima i segnali di stress, così come le possibilità di protezione (Muller-Nix, Ansermet, 2009).

Questi risultati pongono in evidenza il ruolo centrale delle reazioni affettivo-emotive dei bambini e dei loro genitori per le conseguenze nello sviluppo del comportamento del bimbo: le esperienze emotive e affettive dei genitori hanno un ruolo fondamentale nella qualità delle relazioni tra genitori e bimbi pretermine e negli esiti del relativo sviluppo del bambino e della relazione (Muller-Nix, Ansermet, 2009). Tra i fattori di protezione nella prima infanzia la qualità della relazione genitore-bambino viene considerata variabile che favorisce o ostacola l'adeguato sviluppo cognitivo, linguistico e affettivo (Poehlmann, Fiese, 2001): la nascita pretermine è indicata come un fattore di rischio per uno sviluppo adeguato. Per contro un'interazione positiva nelle prime relazioni madre-bambino-padre assume valenze altamente protettive per lo sviluppo del bimbo stesso (Coppola, Cassibba, 2004). Le modalità dell'interazione genitore-bambino sono un fattore prognostico fondamentale per lo sviluppo dei bimbi: gli studi evidenziano come l'interazione primaria rappresenti un'importante variabile perinatale per l'esito dello sviluppo psicofisico del bimbo (Magil-Evans, Harrison, 2001; Singer et al., 2003); la qualità delle relazioni precoci genitore-bambino è considerato inoltre

fattore critico rilevante anche per le competenze che si manifestano più tardivamente, anche a distanza di qualche anno, nello sviluppo dei bambini (Wijnroks, 1998).

Tra i fattori protettivi a supporto della relazione genitore-bambino sono indicati prevalentemente: sia un sostegno cognitivo da dare ai genitori, attraverso informazioni utili alle esigenze di accudimento del piccolo, sia un supporto emotivo-affettivo-relazionale che il personale medico-infermieristico, gli psicologi, psicoterapeuti, i parenti e amici e altri genitori possono dare ai genitori (Caplan, Mason, Kaplan, 2000).

Un terzo fattore protettivo viene rinvenuto nella maggiore possibilità di contatto dei genitori con il bimbo (Fava Vizziello, Bricca, Cassibba, 1992), che consente ai genitori di conoscere meglio il proprio piccolo, di accudirlo esercitandosi nelle proprie funzioni genitoriali: recenti studi hanno messo in evidenza come interferenze nell'intimità genitore-bambino siano fattori di elevato rischio per lo sviluppo psicofisico del bimbo (Keilty, Freund, 2005) e indicano che i genitori e i bimbi necessitano durante l'ospedalizzazione di interventi di promozione di maggiore intimità nelle relazioni (Kaarsen et al., 2006). E' possibile una partecipazione attiva dei genitori alla "care" del bimbo, che consente esperienze di vicinanza sensoriale e intima con lui, nell'ambito dei reparti di patologia neonatale sotto la guida del personale specializzato. Gli interventi centrati sulle necessità del bimbo volti a ridurre e minimizzare il loro distress, sono molto importanti: essi comportano un'attenzione allo sviluppo del bimbo da parte del genitore guidato dal personale ospedaliero per promuovere lo sviluppo di un care individualizzato.

La maggiore specializzazione nelle cure, l'assistenza altamente professionale del personale dei reparti di UTIN, la presenza dei genitori e l'evoluzione del care infantile, come il supporto psicologico fornito ai genitori durante il periodo neonatale (Als, 1986; Goldberg, DiVitto, 1995) hanno permesso che la maggior parte dei nati pretermine siano sopravvissuti in questi ultimi venti anni, a seguito di una lunga ospedalizzazione.

Due sono gli aspetti delicati: il lavoro dello staff ospedaliero con il bimbo e i genitori e il lavoro diretto terapeutico da parte di professionisti psicologi per facilitare la relazione genitori-bimbi. I dati delle ricerche riportano che in generale gli interventi individualizzati di sostegno psicologico ai genitori durante l'ospedalizzazione neonatale e la transizione a casa riducono lo stress dei genitori, la depressione, e aiutano le interazioni dei genitori con il bimbo pretermine (Dudek-Schriber, 2004; Muller Nix, Ansermet, 2009) aumentando i fattori di protezione alla vulnerabilità neonatale.

Si collocano in questa ottica anche i supporti sociali come le associazioni dei genitori e i gruppi di mutuo aiuto: "**Nati per vivere**" è il nome dell'Associazione di genitori che si è costituita a Brescia e che va segnalata per l'impegno attivo nella promozione di iniziative volte a sostenere i genitori e i bimbi nati pretermine, nella loro difficile esperienza.

Il corrispettivo impegno dei professionisti e dei ricercatori è quello di individuare modalità sempre più efficaci per consentire a questi bimbi... "nati per vivere" la possibilità di farlo nel migliore dei modi. *Psicologi clinici, ginecologi-ostetrici, ricercatori dell'Università di Brescia, Facoltà di Medicina e Chirurgia (Imbasciati, Pecorelli, Cena, Lojaco, Zerbi, Tralli) insieme a medici, pediatri neonatologi dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (Chirico, Angeli) e del Nido (Gasparoni) degli Spedali Civili di Brescia con la collaborazione di ostetriche, puericultrici, infermieri e personale socio-sanitario, si sono attivati in questa direzione secondo le prospettive degli studi internazionali e hanno costituito una collaborazione nell'ottica di apportare un contributo alla ricerca nazionale (2009) coordinata dal gruppo dei ricercatori dell'Università di Bologna (Baldoni, Facondini, Landini, Romeo, Crittenden, 2007) con la partecipazione dei neonatologi dell'ospedale di Rimini e con la supervisione della nota studiosa Patricia Crittenden del Family Relations Institute di Miami, e dell'International Association for the Study of Attachment.*

Il suddetto progetto si colloca nell'ambito delle ricerche che la Cattedra di Psicologia Clinica dell'Università di Brescia da diversi anni sta sviluppando nell'area della Psicologia Clinica perinatale (Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007); lo studio ha ottenuto un primo finanziamento col progetto Ingenio Dote Ricercatori dalla Regione Lombardia, in cofinanziamento con l'Unione Europea e il fondo Sociale Europeo, il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, divisione Generale per le Politiche per l'Orientamento e la Formazione e un successivo riconoscimento ministeriale con il progetto PRIN che ha consentito di proseguire nelle fasi attuative del progetto nei reparti suddetti, con la preziosa e sensibile collaborazione del personale sanitario ospedaliero degli Spedali Civili di Brescia.

Sono stati organizzati in questa ottica diversi momenti di formazione come un seminario e un corso di aggiornamento con la Prof.ssa Patricia Crittenden. e inoltre più specificatamente, un seminario di formazione per il personale socio-sanitario-assistenziale, pediatrico-neonatologico e ostetrico dell'ospedale

sulle tematiche in oggetto, condotto dal gruppo di ricerca dell'Università di Bologna e un'altra simile iniziativa nell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale di Treviso.

Il lavoro in itinere, uno dei pochi sul territorio italiano per la multidisciplinarietà dell'approccio alla ricerca condotto tra più istituti Universitari e Ospedalieri, comporta una complessità degli strumenti utilizzati, e un rigore metodologico; l'attenzione è rivolta non solo alla raccolta dei dati ma all'approccio relazionale con le famiglie disponibili ad una collaborazione, nell'ottica di cercare insieme una sinergia, professionisti ricercatori e genitori, per fornire ai bimbi..... "nati per vivere" la possibilità di farlo nel migliore delle condizioni e delle possibilità che le scienze attuali e in questo caso la Psicologia Clinica Perinatale in primis, possano fornire per il loro benessere psicofisico.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Als H. (1986). A synactive model of neonatal behavioural organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6 (3/4), 3-55.
- Ananth C.V., Joseph K.S., Oyelese Y., Demissie K., Vintzileos A.M. (2005). Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *The American College of Obstetrician and Gynecologists*, 105 (5), 598-601.
- Ansermet F., Muller-Nix C., Borghini A., Forcada-Guex M., Pierrehumbert B. (2007). Parenting, Emotion Regulation And Attachment, Congresso Università degli Studi di Trento. Trento, 18 ottobre 2007.
- Baldoni F., Facondini E., Landini A., Romeo N., Crittenden P.M. (2007). "Development of Attachment in Families with Preterm Child: a Long-Term Study". *DMM Meeting*, Newcastle, UK (17-18 Aprile 2007).
- Behrman R.E., Stith Butler A. (2006). *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. The National Academic Press, Washington, DC.
- Caplan G., Mason E., Kaplan D.M. (2000). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 36, (1), 25-45.
- Coppola G., Cassibba R. (2004). *La Prematurità*. Carocci, Roma.
- DeMier R., Hynan M., Hatfield R., Varner M., Harris H., Manniello R. (2000). A measurement model of perinatal stressors: identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), 89-100.
- Dudek-Schriber L. (2004). Parental stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *American Journal Occupational Therapy*, 58(5), 509-520.
- Fava Vizziello G., Bricca P., Cassibba R. (1992). L'assistenza psicologica ai genitori. In Fava Vizziello G., Zorzi C., Bottos M. (1992). *Figli delle macchine*. Masson, Milano.
- Fornari F. (1981). *Il codice vivente*. Boringhieri, Torino.
- Goldberg S., DiVitto B. (1995). Parenting children born preterm. In M.H. Bornstein (a cura di), *Handbook of parenting*, 209-231. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Holditch-Davis D., Miles M.S., Belyea M. (2000). Feeding and nonfeeding interactions of mothers and prematures. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (3), 320-334.
- Imbasciati A., Cena L. (2009). I bambini e i loro caregiver. Borla, Roma.
- Imbasciati A., Pecorelli S., Chirico G., Gasparoni A., Cena L., Lojaco A., Angeli A., Zerbi F., Tralli N. (2009). Parenting nella nascita a termine e pretermine, fattori di protezione e rischio. In Imbasciati A., Cena L. (a cura di), *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. In stampa.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007). *Psicologia clinica perinatale*. Piccin, Padova.
- Jackson K., Ternstedt B.M., Schollin J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mother and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 120-129.
- Kaarensen P.I., Ronning J.A., Ulvund S.E., Dahl L.B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118, (1), 9-19.
- Keilty B., Freund M. (2005). Caregiver-child interaction in infants and toddlers born extremely premature. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 3, 181-189.
- Kersting A., Dorsch M., Wesselmann U., Lüdorff K., Witthaut J., Ohrmann P., et al. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, (5), 473-476.
- Magil-Evans J., Harrison M.J. (2001) Parent-child interactions, parenting stress, and developmental outcomes at 4 years". *Children's Health Care*, 30 (2), 135-150.
- Müller-Nix C., Ansermet F. (2009). Prematurity, risk and protective factors. In C. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York.
- Poehlmann J., Fiese B.H. (2001). Parent infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 24, 2, 171-178.
- Singer L.T., Fulton S., Davillier M., Koshy D., Salvator A., Baley J.E. (2003). Effect of infant risk status and maternal psychological distress on maternal infant interactions during the first year of life. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 24 (4), 233-241.
- Tracey N. (2000). *Parents of premature infants. Their emotional world*. Whurr Publishers, London.
- Vegetti Finzi S. (1990). *Il bambino della notte*. Mondadori, Milano.
- Vegetti Finzi S. (1997). *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Mondadori, Milano.
- Wheller L., Baker A., Griffiths C. (2006). Trends in premature mortality in England and Wales 1950-2004. *Health Statistics Quarterly*, 31, 34-41. ONS, London.
- Wijnroks L. (1998). Early maternal stimulation and the development of cognitive competence and attention of preterm infants. *Early Development and Parenting*, 7, 19-30.
- Winnicott D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria, in Winnicott (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D.W. (1987). *I bambini e le loro madri*. Cortina, Milano.