

## 14. *Early intervention attachment-based nella nascita a termine e pretermine: contatto tattile KMC/SSC per la regolazione neurocomportamentale\**

di *Loredana Cena, Silvia Lazzaroni\*\**

### 14.1. **Diventare genitori e mediazione intercoporea affettiva con il neonato**

La nascita di un bambino e il diventare genitore implicano molti cambiamenti nella vita di ogni individuo tra cui il ruolo di madre e di padre (Feeney *et al.*, 2001): il progetto generativo e genitoriale si sta realizzando, è passato su un piano di realtà, posto in essere dalla coppia. La transizione alla genitorialità richiede l'acquisizione di una nuova identità, quella di genitore, e una riorganizzazione della coppia in una effettiva famiglia (Keizer *et al.*, 2010) descritta come una fase di crisi nel ciclo di vita. Crisi non solo in senso negativo, ma anche positivo, intesa da come passaggio, momento di svolta, cambiamento (Erikson, 1950), processo dialettico e dinamico della coppia nell'espressione della sua massima creatività, che deve ritrovare ora un nuovo equilibrio con l'inclusione del figlio (Zaccagnini, Zavattini, 2007). I cambiamenti individuali e della coppia evolvono verso la genitorialità, in un processo trasformativo di *transition to parenthood* (Imbasciati, Cena, 2015a; Deave *et al.*, 2007), in cui i genitori devono far fronte a nuovi compiti e responsabilità, negli sviluppi della capacità di "regolazione" della genitorialità e delle genitorialità (Demo, Cox, 2000; Twenge *et al.*, 2003). Belsky, uno dei primi ad affrontare questo passaggio (Belsky, Rovine, 1990), aveva segnalato tra i diversi aspetti del cambiamento le aspettative dei partner (Belsky, 1985) e la suddivisione del lavoro (Belsky, Hsieh, 1998). Nel contesto sociale attuale di un crescente numero

\* Si ringraziano l'assistente sanitaria Anna Spada e le psicologhe Francesca Appiani e Vera Pagani per il contributo alla ricerca bibliografica.

\*\* Questo capitolo è arricchito da un'analisi della letteratura internazionale evidence-based, che costituisce un approfondimento della ricerca qui presentata, utilizzabile per sviluppare progetti di prevenzione e intervento precoce ECI, consultabile sul sito on-line.

di madri che dopo il parto restano nel mondo del lavoro e di nuove concezioni della paternità, l'interesse delle indagini sull'adattamento del singolo partner e della coppia alla genitorialità si è orientato prevalentemente verso la suddivisione del lavoro domestico (Helms-Erikson, 2001), i cambiamenti degli interessi e delle abitudini personali, anche in relazione al tempo libero (Claxton, Perry-Jenkins, 2008), e all'esperienza di nuove modalità relazionali nella coppia (Zavattini *et al.*, 2015) che deve aprirsi alla triade e allo scenario transgenerazionale in un continuo scambio tra passato e presente, tra interno ed esterno, tra intrapsichico e relazionale, tra individuale e collettivo.

La donna e il partner che hanno realizzato il progetto generativo con la nascita di un figlio (Imbasciati, Cena 2015a), soprattutto se il primo, devono affrontare nel processo di *transition to parenthood* non solo nuovi compiti e nuove dimensioni di ruolo e sociali, ma trovare modalità intrapsichiche e relazionali nella coppia e con il bimbo, che implicino un diverso coinvolgimento di ognuno dei partner. Questo richiede un importante investimento affettivo dei genitori che sperimentano e devono trovare un nuovo assetto emozionale attraverso una propria regolazione sia intrapsichica sia interpersonale, che possa includere anche il neonato (Gnazzo *et al.*, 2015).

Diversi studi hanno evidenziato la presenza di una diminuzione nella soddisfazione di coppia dopo il parto (Mitnick *et al.*, 2009), con un aumento del livello di stress nei genitori per i nuovi compiti (Bartolo *et al.*, 2013). Altri studi hanno mostrato come diventare "genitori" possa portare a una diminuzione del livello di regolazione tra i partner, nel rapporto di coppia (Shapiro *et al.*, 2000), anche tra le coppie che mostrano elevati livelli di intesa prima e durante la gravidanza (Lawrence *et al.*, 2008).

Diventare genitori è un'importante opportunità per modificare la propria identità e migliorare la qualità delle relazioni (Cadei, Simeone, 2010). Non sempre, però, le coppie possono contare su adeguate risorse psicologiche e sociali per affrontare il periodo perinatale. Le famiglie nell'attuale società hanno prevalentemente strutture nucleari, talora monogenitoriali, e le nuove esperienze genitoriali, vissute esclusivamente spesso solo entro la coppia, senza supporto sociale, possono comportare un innalzamento del livello di stress e sentimenti di sconforto nei partner per i nuovi compiti di accudimento del neonato, specialmente se si sono dovuti affrontare gravidanza e parto con problemi, magari con esiti di una nascita pretermine e un ricovero in NICU.

La qualità relazionale della coppia in seguito alla nascita del bambino ha implicazioni critiche per i molteplici impegni che richiede un neonato, con i ritmi e le modalità dello sviluppo, la regolazione dell'arousal fisiologico, la necessità di una continuità di cure per la formazione del legame di attaccamento (Doss *et al.*, 2009). Spesso la riorganizzazione psicologica, emotiva, come della pratica quotidiana dei singoli partner e della coppia,

appare difficile e può compromettere l'intesa nella triade. La gestione emotiva delle nuove relazioni ha un peso importante sul funzionamento dell'equilibrio non solo della madre e del padre, della coppia, ma della famiglia, con una ricaduta anche sugli altri figli.

Nelle situazioni a rischio di sofferenza psichica e di disagio emozionale genitoriale come nei casi di depressione perinatale, stress o disturbi funzionali infantili, difficoltà di regolazione neurocomportamentale nel bimbo (sonno, alimentazione ecc.), modalità più prolungate e intense di comunicazione affettiva e di relazione tra i partner e con il bimbo si sono rivelate un fattore protettivo e un utile supporto, sia alla funzione genitoriale, sia alla relazione neonato-genitore.

Facciamo riferimento ad interventi ECI (*Early Childhood Intervention*) attraverso il contatto skin-to-skin care (SSC), *kangaroo mother care* (KMC)<sup>1</sup> o *l'infant massage* (IM), che possono offrire la possibilità ai genitori di una *mediazione intercorporea affettiva* con il loro bambino: attraverso sollecitazioni sensoriali, oltre al tatto, la tonicità muscolare della manipolazione, il ritmo del movimento delle mani e tutte le altre concomitanti stimolazioni di diverse sensorialità come l'odore della pelle genitoriale, il calore della vicinanza corporea, il suono della voce materna, il ravvicinato e diretto contatto oculare, possono fungere da veicoli di comunicazioni emozionali e favoriscono una regolazione neurocomportamentale del bimbo.

## 14.2. Tecniche di contatto e regolazione affettiva neurobiologica

In talune ricerche sperimentali queste modalità di stimolazione plurisensoriale sono considerate specifiche *attività* e applicate con tecniche strutturate (White-Traut, Norr, 2009; White-Traut *et al.*, 2013) sottoposte a valutazione empirica come interventi ATVV (Auditory-Tactile-Visual-Vestibular), per sollecitare la sensibilità materna e coinvolgere il bambino in un allattamento esclusivo al seno (Tully *et al.*, 2016). Vengono considerati gli effetti benefici che questi interventi possono avere anche sulla sofferenza materna (ansia, depressione, PTSD, stress) e nei casi di nascita pretermine (Holditch-Davis *et al.*, 2014): la qualità e specificità delle tecniche adottate nelle diverse modalità di intervento vengono confrontate, considerandone i benefici neurofisiologici. Vengono comparate per le loro qualità specifiche KMS, SSC, ATVV, come tecniche diverse. La letteratura medico-infermieristica che si basa sulla ricerca evidence-based ne rileva la qualità "*tecnica*", peculiare per differenziare un intervento rispetto ad un

1. Il diverso uso dell'acronimo SSC o KMC nel presente capitolo è riferito alla specifica terminologia utilizzata dai diversi A.A. negli articoli presenti in bibliografia.

altro, non considerando invece le variabili emozionali intervenienti, le quali sono spesso i veri media nel cambiamento.

Il contatto *skin-to-skin* implica una sollecitazione plurisensoriale tattile, termica, motorio-proprioceettiva, olfattiva e probabilmente direttamente biochimica tra le epidermidi: costituisce il principale aiuto ad uno sviluppo per il piccolo mammifero umano, ma non l'unico. Qualunque altra sensorialità che segnali la vicinanza della madre (l'adulto a cui attaccarsi per la sopravvivenza e per la protezione: vedi filogenesi dell'Attaccamento) vi si può affiancare, potenziandone gli effetti vitali. Sarebbe stata rilevata ad esempio una stretta correlazione tra le esperienze di sollecitazione provenienti dagli stimoli ambientali di esposizione al linguaggio materno nel periodo prenatale e lo sviluppo neurologico, cerebrale e linguistico del bimbo (May *et al.*, 2011).

Ciò richiama i concetti winnicottiani di *holding* (cfr. cap. 13), della iniziale differenziazione Sé/non Sé, di *handling* ed anche di *object presenting*, per i quali è necessario un contatto sempre più complesso e multisensoriale con la madre. L'*holding* è uno dei principali e più precoci interventi che la mamma fa nei confronti del piccolo (Neu *et al.*, 2014), che favorisce, grazie al contatto fisico, la co-regolazione all'interno della diade, ossia quella particolare condizione per cui ogni membro regola il proprio comportamento anticipando le azioni dell'altro. La KMC, permettendo un contatto corporeo maggiore, può favorire anche un comportamento di *holding* materno più coinvolgente.

Con il presente studio intendiamo focalizzare l'attenzione sul contatto tattile prolungato genitore-bambino, sulle valenze comunicativo-relazionali e sulla regolazione affettiva indispensabile per lo sviluppo cerebrale: “gli scambi affettivi regolati o non regolati (disregulated) nei primi rapporti dell'infante, facilitano o inibiscono la maturazione del cervello” (Schore, 2003, p. 8). Le comunicazioni preverbalì e non verbali nei primi mille giorni di vita sono “corporee”, lateralizzate nel primo sviluppo dell'emisfero destro, che riveste importanza primaria per la percezione implicita delle informazioni di natura affettiva delle quali controlla la regolazione (cfr. cap. 13).

I benefici affettivo-emozionali, sia per il bambino sia per il genitore, in letteratura vengono poco evidenziati, essendo invece prevalentemente considerati gli effetti per lo sviluppo neurocomportamentale del neonato, rilevabili in termini di salute e benessere fisiologico del bambino e del genitore.

Le attività di contatto intercorporeo veicolano esperienze emozionali: le neuroscienze segnalano come il livello emozionale è ciò che consente la memorizzazione dell'esperienza stessa, dunque va considerata l'importanza di una regolazione emozionale entro la relazione. Non è il solo atto in sé del contatto, tanto più del massaggio, ma sono le esperienze emozionali da questo sollecitate, nel neonato e nello stesso genitore, che, connesse al contatto *skin-to-skin*, consentono nel momento dell'interazione una memo-



rizzazione dell'esperienza corporea con effetti positivi per lo sviluppo: l'esperienza emozionale trasmessa attraverso il contatto consente la strutturazione della mente neonatale con un consolidamento nella memoria a lungo termine dell'esperienza affettiva (Imbasciati, Cena, 2015a).

Gli interventi ECI preventivi e abilitativo/riabilitativi precoci possono strutturare le reti neurali della mente neonatale attraverso un adeguato livello di stimolazione: se il genitore è in grado di trasmettere nella propria comunicazione gestuale anche valenze affettivo-emozionali, queste esperienze potranno essere positivamente strutturanti la mente neonatale. Nelle ricerche empiriche attuali vengono prevalentemente rilevati i benefici neurobiologici del contatto fisico, mentre il valore "emozionale" presente in tale contatto, seppur notato, è ancora poco indagato e rimane silenziosamente quale variabile implicita dell'intervento precoce, che in questo nostro studio vorremmo principalmente evidenziare.

Nell'accudimento quotidiano dei primi mesi di vita il contatto tattile comunicativo neonatale può costituire dunque un supporto importante per la regolazione neurocomportamentale del neonato: SSC/KMC o IM, unitamente alle altre plurisensorialità (tattili, olfattive, visive, uditive, gustative) inevitabilmente ad esse connesse, attivate dal contatto col genitore, sono indispensabili mediatori affettivo-emozionali nella relazione primaria genitore-bambino. Non è tanto la potenzialità della tecnica ma l'efficacia dell'emozione sollecitata dall'azione del genitore che conferisce efficacia al cambiamento. Un contatto tattile accompagnato da emozionalità di rabbia, sofferenza o di ritiro del genitore ha esiti negativi sullo sviluppo neonatale e anche la tecnica del contatto/massaggio ad essa associata non ha valore spendibile per uno stato di benessere del bimbo.

### **14.3. Modalità di contatto e benefici**

In letteratura si ritrovano molteplici modalità di contatto corporeo genitore-neonato (Chan *et al.*, 2016), praticate nella nascita a termine e pretermine in differenti culture: asiatiche, orientali e del mondo occidentale. Quando il contatto è passivo, in genere nei primi tempi dopo la nascita, possono venire usate differenti combinazioni indicate con terminologie come: *kangaroo*, *kangaroo care*, *Kangaroo Mother Care* (KMC), *Skin-to-Skin Care* (SSC), *parents parental attitudes*, *parental behaviour*, *infant care*, *mother-father and parent-child relations*, *neonatal handling effect*. Quando la manipolazione del genitore è attuata con tecniche di massaggio attivo si trovano procedure indicate come *Infant Massage* (IM), *massage therapy*, *meridian massage*, *shantala* (massaggio indiano per neonati); esistono inoltre in letteratura numerose altre denominazioni che vengono identificate con idiomi specifici dei diversi gruppi etnici.

La ricerca evidence-based riporta numerosi benefici neurobiologici e neurofisiologici del contatto corporeo: le ricerche sono molto eterogenee tra loro e presentano modalità di intervento valutate con metodologie e strumenti difficilmente comparabili, tuttavia si intende indicare la presenza di queste modalità di intervento per aiutare i genitori a sviluppare più attente capacità di relazione con il neonato e gli operatori delle professioni sanitarie e psicosociali ad attivare progetti con interventi ECI attraverso questa mediazione, basata sull'efficacia emozionale della relazione.

La rassegna bibliografica internazionale che viene riportata on line potrà essere utile agli operatori professionali che lavorano nella perinatalità per supportare progettazioni psicoeducative da attivare sul territorio: si rimanda pertanto a tale ricerca che prenderà in esame gli effetti della KMC funzionali negli *early interventions* (Boundy *et al.*, 2016).

La KMC è stata prevalentemente utilizzata come intervento alternativo all'incubatrice per i bambini con basso peso alla nascita nei paesi con risorse limitate, dove i tassi di mortalità e di infezione neonatale sono alti, il personale è insufficiente e vi è una mancanza di attrezzature (Charpak, Ruiz, 2017): una review che ha effettuato un monitoraggio dopo vent'anni con giovani adulti che avevano usufruito della KMC, ne conferma l'efficacia a lungo termine (Charpak *et al.*, 2017). Nella nascita pretermine l'intervento precoce con KMC (SSC) o *marsupio terapia* (Arnon *et al.*, 2014; Neu *et al.*, 2014) è tra le modalità che si sono rivelate più adeguate nel passaggio alla vita extrauterina, a supporto delle cure erogate nelle NICU (Kristoffersen *et al.*, 2016). È stato valutato l'utilizzo dell'intervento di KMC confrontato con metodi convenzionali di cura (Boundy *et al.*, 2016): l'intervento con la KMC presenta caratteristiche di efficacia, accessibilità ed economicità. In una versione modificata di cura la KMC è stata introdotta e viene applicata anche nei paesi industrializzati con i neonati che necessitano di terapia intensiva neonatale, ad integrazione delle cure offerte nei reparti NICU (Nyqvist, Heinemann, 2011).

Le esperienze evidence-based della KMC per la regolazione neurocomportamentale nei neonati prematuri sono riportate on line (cfr. par. 14.1A: *La ricerca bibliografica: skin-to-skin e regolazione neurocomportamentale dei neonati prematuri*): i neonati mostrano una frequenza cardiaca più bassa e una maggiore stabilità cardiorespiratoria. I bambini che hanno una maggiore possibilità di contatto con la madre hanno anche una migliore regolazione autonoma (Chi Luong *et al.*, 2015). L'intervento con la KMC può contribuire ad un aumento della temperatura nei casi di ipotermia (WHO, 2015), diminuisce il rischio di sepsi neonatale e ipoglicemia, i neonati presentano una frequenza respiratoria media inferiore con però una saturazione di ossigeno più alta (Boundy *et al.*, 2016). Indici clinicamente rilevanti dell'integrità e dello sviluppo del sistema nervoso del neonato pretermine possono essere forniti osservando lo stato neurocomportamentale, lo stato

di regolazione e il tono vagale cardiaco: la KMC stimola quei sistemi che sono coinvolti nei processi evolutivi, in particolare il sistema autonomo e circadiano sonno-veglia, con uno sviluppo neurologico evidente soprattutto nell'orientamento e nell'abituazione, con un miglioramento dello stato di organizzazione e un aumento dei periodi di sonno tranquillo, di veglia attiva e con una diminuzione del sonno attivo rispetto ai bambini non sottoposti a KMC (Bastani *et al.*, 2017). Un indicatore rilevante, mediato dal sistema parasimpatico, è il tono vagale cardiaco, che ha effetti sulla respirazione e sulla variabilità della frequenza cardiaca. Il periodo di sviluppo tra le 32 e le 37 settimane è considerato un "periodo critico" per l'evoluzione del tono vagale, dei cicli circadiani, della maturazione corticale, della crescita sinaptica e della mielinizzazione: l'azione del tono vagale tra le 33 e le 35 settimane ha infatti esiti importanti sugli stati del sonno, sulla regolazione della frequenza cardiaca per i pretermine a basso peso, con conseguenze a lungo termine anche per lo sviluppo cognitivo fino all'età scolastica. La letteratura indica che questo periodo di neurosviluppo è sensibile alle condizioni ambientali e alle cure, e suggerisce che queste neurofunzioni possano essere sviluppate con adeguati interventi. Queste neurofunzioni possono diventare sensibili se stimolate attraverso interventi precoci che possano attivare i sistemi autonomo e circadiano (oscillazione tra stati di sonno quieto e di vigilanza) e favorire una migliore interazione con l'ambiente: lo skin-to-skin contact stimola lo sviluppo di questi sistemi e delle funzioni relative alla regolazione degli stati, con una integrazione delle funzioni autonome, della frequenza cardiaca-heart rate, della respirazione e del comportamento di orientamento (Feldmann *et al.*, 2014).

Le ricerche in letteratura confermano l'efficacia della KMC tra le 36 e 41 settimane dal concepimento (PCA, post-conceptual age) dal punto di vista neurocomportamentale nei nati pretermine: i risultati mostrano che i pretermine sottoposti a KMC hanno performance migliori per quanto concerne l'orientamento agli stimoli e l'attenzione, una minore irritabilità, minori segnali di stress e maggior controllo e organizzazione neurocomportamentale (Gurgel del Castro Silva *et al.*, 2016).

Interventi precoci con KMC (SSC) sono associati a un aumento del peso alla nascita del neonato (Evereklian, Posmontier, 2017) e un migliore adattamento gastrointestinale (Moore *et al.*, 2016). Early interventions con KMC favoriscono la produzione di latte nella madre e una durata maggiore del periodo di allattamento, con un miglioramento nella crescita (Sharma *et al.*, 2017). I dati in letteratura indicano come il contatto possa favorire un processo di sviluppo cerebrale dei nati pretermine, monitorato attraverso un assessment neurofisiologico e valutato attraverso l'attività elettrica cerebrale, che risulterebbe simile a quella osservata nei bambini nati a termine, attenuando la discrepanza tra lo sviluppo nell'ambiente intra ed extrauterino. Interventi con SSC stimolano lo sviluppo del sistema nervoso

autonomo (Butruille *et al.*, 2017): una stabilizzazione del RSA (Aritmia Sinusale Respiratoria) durante il periodo sensibile è coerente con la ricerca sugli animali in cui la maturazione del sistema nervoso autonomo è connessa con il contatto materno: questo porterebbe ad una serie di effetti benefici sullo sviluppo neurocomportamentale del bimbo (cfr. par. 14.2A online – *Early intervention: quali effetti neurofisiologici evidence-based della KMC (SSC)*).

Effetti stressanti della nascita pretermine (Cho *et al.*, 2016) attivano il sistema nervoso autonomo mentre il trattamento *skin-to-skin* contact riduce le conseguenze negative dello stress mediante una co-regolazione madre bambino, con una diminuzione dei livelli di cortisolo. In letteratura diverse ricerche mettono in evidenza i meccanismi psicobiologici con cui lo stress altera l'omeostasi anche nelle madri in cui la gravidanza si è protratta oltre il termine (Cheng, Pickler, 2010).

Il ruolo dello stress nello sviluppo del cervello ha effetti a lungo termine soprattutto se avviene nei nati pretermine (Buss *et al.*, 2012) in seguito alla separazione dalla madre nei “periodi sensibili” (32-35 settimane di gestazione): interventi con SSC hanno evidenziato in risposta al trattamento un miglioramento della contingenza relazionale tra madri e neonati, con una riduzione dei livelli di cortisolo salivare (Mörelus *et al.*, 2015).

Nei bambini prematuri l'esposizione a procedure dolorose, dovute ad esempio a cure mediche peraltro indispensabili nelle NICU, aumenta il rischio di disturbi nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Le esperienze dolorose ripetute (Vinall, Grunau, 2014) possono essere associate a un'alterazione delle microstrutture del cervello e dei livelli dell'ormone dello stress (cortisolo): il dolore non trattato nell'infanzia ha delle conseguenze negative a breve e a lungo termine con un impoverimento cognitivo e motorio. L'applicazione di SSC avrebbe effetti analgesici durante le procedure più invasive (Olson *et al.*, 2016) ed una riduzione degli stati di dolore acuto: durante gli stati dolorosi viene monitorata nella saliva la presenza di cortisolo i cui livelli diminuiscono quando viene applicata la KMC; più studi indicano che i neonati avvertirebbero meno dolore durante le procedure di routine o di cure invasive (Cong *et al.*, 2012).

Altri benefici neurofisiologici della KMC negli *early interventions* nella nascita pretermine si rilevano con applicazione di altri media di contatto madre-bambino (cfr. par. 14.3A on line – *Skin-to-Skin e altri media di contatto madre-bambino*). L'associazione tra la marsupioterapia e il canto delle mamme nei “periodi critici” tra la 31 e la 38 settimana di gestazione (Arnon *et al.*, 2014) può facilitare la stabilità dei bambini e la maturazione del sistema nervoso autonomo valutato con HRV (heart rate variability). La musicoterapia può costituire un altro *early intervention* che stimola a livello plurisensoriale la crescita (Loewy *et al.*, 2013).



Data la vastità della letteratura internazionale, le ricerche bibliografiche per una più dettagliata consultazione sono state riportate in appendice on line.

#### **14.5. Un modello particolare: “diventare genitori in situazioni di rischio”**

In questo contesto vorremmo anticipare un interessante modello relativo al supporto alla genitorialità fragile, nel più complesso processo di “diventare genitore in situazioni di rischio come la nascita pretermine” (cfr. par. 14.4A on line – *Prospettive sociali della KMC/SSC*). In letteratura sono segnalati dai genitori e dal personale infermieristico oltre ai benefici, anche pregiudizi e difficoltà pratiche ed emozionali nell’applicazione degli interventi SSC nelle NICU: si possono rilevare tra i sanitari atteggiamenti ambivalenti (Kymre, 2014) nel proporre l’intervento. Il suddetto modello (Anderzén-Carlsson *et al.*, 2014, parte II) illustra queste difficoltà attraverso l’attenta analisi di numerose esperienze con la SSC nei reparti NICU: l’intervento SSC viene descritto come pratica che può avere effetti protettivi (*restorative experience*), ma di cui vanno considerati anche gli effetti non positivi (*energy-draining*) di ulteriore sovraccarico per i fragili genitori. L’evoluzione positiva o negativa della complessa “*transition to parenthood*” nella nascita pretermine viene condizionata sensibilmente dall’ambiente che circonda la coppia di fragili genitori: ambiente è inteso come l’insieme di tre ordini di fattori, in primis la famiglia con le persone più vicine ai genitori, poi la comunità più allargata e infine la società in generale, che possono esercitare un’influenza positiva o negativa nel processo del “diventare genitori”.

Quando i genitori si trovano in una situazione di rischio, questi fattori possono avere l’efficacia di un aiuto, ma possono anche diventare una difficoltà/ostacolo. Gli effetti benefici e protettivi di una *restorative experience*, piuttosto che *energy-draining*, cioè debilitanti e, diremmo, anche negativi<sup>2</sup> della SSC, vanno valutati rispetto alle condizioni in cui vengono applicati, per esempio l’ambiente ospedaliero, il “clima” dei servizi, che possono esercitare un effetto distorcente rispetto alle intenzioni benevole e una influenza negativa rispetto al messaggio che le tecniche possono veicolare al bimbo costituendo un fattore ostacolante l’effetto terapeutico, come illustrato nel grafico che qui proponiamo. I benefici dell’applicazione della SSC vanno valutati secondo modalità più complesse che non la sola tecni-

2. La SCC potrebbe essere vissuta come un “compito” per diventare un buon genitore: se le modalità tecniche, come posizionare il bambino, quanto tempo stare con lui, ecc. sono considerate una “performance” richiesta dal reparto, o comunque dall’operatore, vissuti come obblighi di “cura”, e non come un piacere emotivo condiviso, l’applicazione SSC produrrà stress e non benefici.

ca in sé: esperienze di SSC in un ambiente supportivo potranno favorire lo sviluppo di competenze genitoriali positive di autostima e responsività, viceversa carenze o difficoltà strutturali ambientali o poste dagli operatori potranno rendere le applicazioni con la SSC esperienze di ulteriore impegno per i genitori, con sollecitazione di vissuti non rassicuranti verso se stessi e il bimbo, che possono esporre a ulteriori affezioni la coppia genitoriale. Si veda al proposito la figura che segue.

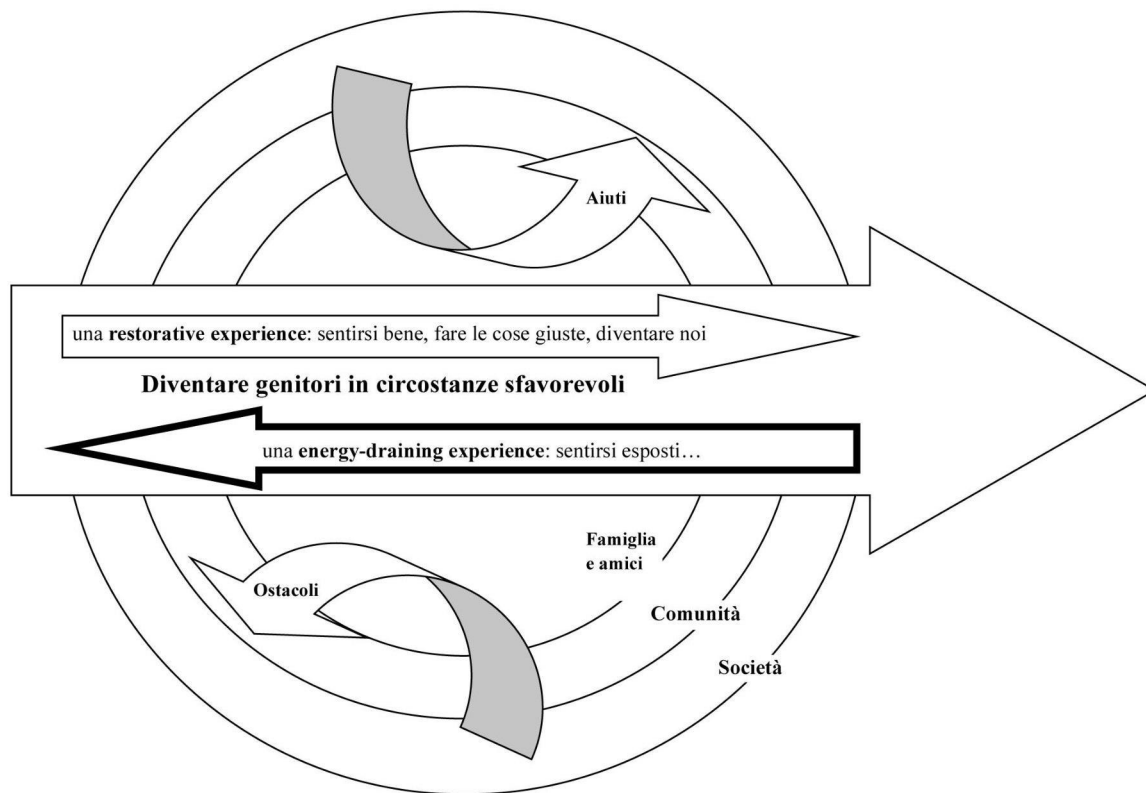


Fig. 1

La figura mostra come elementi denominati “ambientali” e classificati sotto le tre categorie di “Famiglia e amici”, “Comunità”, “Società”, qui raffigurati nei tre cerchi concentrici, possono agire sia in senso positivo che negativo: una grossa freccia attraversa i tre cerchi e vuole indicare, col suo senso da sinistra a destra come nella nostra scrittura, un andamento positivo. Ma tale grossa freccia ne contiene all’interno altre due, l’una all’altra contrapposte, che raffigurano come, al di là dell’andamento che si presuppone ad effetto positivo, anzi entro lo stesso, possano agire, non tanto la più piccola freccia verso destra (esperienza affettiva che aiuta), ma la più marcata freccia contraria, verso sinistra, che produce un effetto negativo. Dunque un intervento che a priori si stabilisce essere positivo, cioè la tecnica che si prescrive da attuare, può agire qualcosa che dà effetti negativi, attraverso l’ambiente (fisico-psicologico) in cui viene praticato. In questo possiamo considerare quanto in questo capitolo e altrove abbiamo più volte sottolineato: qual è il messaggio emozionale che produce l’effetto al di là della mera tecnica? L’ambiente condiziona la qualità del messaggio emozionale inconscio che viene ad animarsi in chi sta applicando la tecnica, ed è proprio il sotterraneo sentimento che informa il momento della pratica, che dà, esso, il vero senso di quanto recepisce il neonato; e che ha effetto mutativo (positivo o negativo?) nell’equilibrio organismico del bimbo, entro la diade col suo caregiver del momento, il quale potrebbe essere un operatore, un infermiere, che esegue solo il suo dovere; o peggio che lo esegue in condizioni di malcontento o di stress. Questo avviene spesso per il massaggio, meno spesso col contatto diretto col corpo materno. [legenda: Imbasciati]

Il modello sopra descritto sintetizza in chiave grafica la complessità dei fattori ambientali da considerare, non solo nella nascita pretermine, ma anche in altre situazioni di fragilità genitoriale: l'influenza dell'ambiente potrà essere protettiva e facilitante gli interventi SSC oppure stressante, e recare ulteriore affaticamento con effetti negativi anche sull'applicazione degli interventi stessi. La competenza della professionalità degli operatori (variabile ambientale) potrebbe essere garanzia di una maggiore efficacia nell'applicazione degli interventi SSC.

#### **14.5. Il contatto della pelle: mediazione intercoporea attachment-based e benessere dei genitori**

Nella ricerca evidence-based gli effetti benefici rilevati dall'applicazione di SSC nella nascita pretermine e a termine come *mediazione intercoporea* a supporto della relazione precoce genitore-neonato vengono considerati a protezione del legame di attaccamento (Chen *et al.*, 2017; Karimi *et al.*, 2009) attraverso la promozione di ECI *attachment-based* (cfr. par. 14.5A on line – *Early intervention SSC/KMC attachment-based*). Gli interventi KMC incoraggiano il ruolo dei genitori nel prendersi cura di un bambino fragile, come i nati pretermine, e possono essere usati per favorire il legame emotivo tra la madre e il neonato, supportando l'attaccamento e riducendo lo stress materno (Cho *et al.*, 2016). In letteratura le funzioni benefiche del contatto *skin-to-skin* subito dopo la nascita, a sostegno della relazione genitore-bambino, sono rilevati da molti autori (Maastrup *et al.*, 2017).

Approcci multidisciplinari hanno considerato gli effetti positivi di SSC (Bidlow *et al.*, 2017) anche per i padri (Olsson *et al.*, 2017) a supporto nella relazione col bimbo e del legame di attaccamento (Chen *et al.*, 2017) (cfr. par. 14.6A on line – *Paternalità e Early Intervention con Skin-to-Skin care*). L'intervento di SSC consente ai padri di entrare in contatto con il bambino nato pretermine, superando la preoccupazione legata alla fragilità fisica dello stesso, con sentimenti di maggiore tranquillità, fiducia, sicurezza e competenza nel maneggiare il neonato (Shorey *et al.*, 2016). Il contatto *skin-to-skin* madre-neonato a seguito di parto cesareo d'urgenza, non è sempre facile da realizzare, pertanto, quando la madre non è disponibile a causa di problemi di salute, questo intervento precoce viene attivato tra padre e neonato (Zwedberg *et al.*, 2015).

Si sono rilevati effetti di benessere per la madre e il neonato anche nella clinica del parto con l'applicazione della SSC direttamente in sala parto a seguito di interventi post-cesareo. In questi casi l'intervento con SSC consente un riequilibrio dei parametri fisiologici nel neonato e una diminuzione del dolore nelle madri (Kollmann *et al.*, 2017).

Le ricerche indicano che lo SSC applicato ai bambini sani nati con parto cesareo incrementa l'avvio e il successo dell'allattamento esclusivo al seno (Lau *et al.*, 2017) e la sua prosecuzione fino a sei settimane (Sharma, 2016) o tre mesi dopo il parto (Vila-Candel *et al.*, 2017), con una riduzione dell'ipotermia (Beiranvand *et al.*, 2014). La promozione di maggiore contatto tattile dopo il parto cesareo favorisce le interazioni madre-neonato e tale intervento avrebbe maggiore efficacia se la madre accompagnasse con la sua voce il contatto corporeo (Velandia *et al.*, 2010).

Nelle situazioni più critiche, dopo un parto cesareo in cui sia possibile una riduzione del latte materno, la KMC favorisce la montata lattea: il bambino posto sul petto della madre esercita e subisce movimenti che preparano la madre a fornire il latte e sono, al contempo, un mezzo per indurre il neonato ad attaccarsi al seno spontaneamente. Si viene così a creare un circolo virtuoso per cui il miglior senso di autoefficacia e soddisfazione materna induce un atteggiamento di cura tattile e verbale più efficace, che a sua volta migliora i comportamenti di suzione del piccolo (Aghdas *et al.*, 2014).

La ricerca internazionale sta sempre più confermando la validità, l'utilità e la *safety* degli interventi SSC anche dopo un parto fisiologico (Vila-Candel *et al.*, 2017; Lau *et al.*, 2017); *early interventions* con SSC aiutano sia la madre sia il bimbo ad un ripristino delle funzioni fisiologiche dopo il parto; l'utilizzo di tale intervento, tuttavia, non è ancora inserito nella routine nei servizi fra le buone pratiche nel periodo del puerperio (Zwedberg *et al.*, 2015).

Il contatto *skin-to-skin* viene applicato nella nascita a termine (Moore *et al.*, 2016) sia per favorire l'allattamento al seno esclusivo sia per i benefici neurobiologici dei ritmi sonno-veglia e di altre funzionalità (Ferber, Makhoul, 2004). Nei nati a termine sottoposti a intervento precoce *skin-to-skin* si è rilevato un aumento della temperatura, un adattamento del metabolismo, minori periodi di pianto e sonno più tranquillo. Nella madre, dopo il parto, il contatto materno-neonatale attraverso KMC attiverrebbe il rilascio di ossitocina che migliora il comportamento di accudimento materno.

La KMC può portare effetti benefici non solo al bambino ma anche al genitore, sia nelle nascite a termine sia pretermine (cfr. par. 14.7A on line – *Prevenzione e Early Intervention nella depressione materna/interazioni diadiche*). In letteratura si ritrovano numerosi studi (Tsivos *et al.*, 2015) sulle difficoltà delle madri con depressione perinatale ad interagire con sensibilità e reattività nell'accudimento del bimbo, con implicazioni sulla capacità di autoregolazione del bambino, rendendolo più vulnerabile alle psicopatologie durante lo sviluppo. Il contatto precoce pelle-a-pelle ridurrebbe il livello di ansia materna (Sweneey *et al.*, 2017), i sintomi depressivi della madre nel postpartum e lo stress fisiologico nel neonato (Bigelow, Power, 2012).



Lo studio di Bigelow (2012) ha monitorato gli effetti dell'influenza della stimolazione *skin-to-skin* sull'umore e sullo stress materno e ha rilevato differenze nei livelli di cortisolo e nella sintomatologia depressiva in gruppi di madri con un intervento precoce di contatto con il bambino: l'intervento ha ridotto significativamente la percezione dei sintomi depressivi da parte delle mamme che hanno effettuato l'intervento, rispetto ad un gruppo di controllo, con un abbassamento nei punteggi relativi allo stress (ridotti livelli il cortisolo salivare prodotto da ormoni secreti dall'asse limbico-ipotalamico-pituitario-adrenocorticale) soprattutto nella prima settimana e una notevole diminuzione del cortisolo nel primo mese. I dati sono stati confermati anche da una più recente review (Badr, Zauszniewski, 2017),

Nello studio di Sweeney e colleghi (2017), invece, è stato valutato il livello di ansia prima e dopo le sessioni di KMC: gli interventi sono stati associati ad una diminuzione del livello di ansia, una maggiore fiducia nelle capacità genitoriali e tassi di allattamento al seno più elevati.

Nei primi mille giorni di vita la KMC, anche con altri media di contatto, può costituire un *early intervention* a supporto della relazione precoce genitore-bambino *attachment-based* per lo sviluppo neurofisiologico e neuroaffettivo non solo del neonato, ma anche per favorire nel genitore una propria modulazione emozionale: psicologi clinici perinatali possono attivare interventi di supporto psicoeducativo "attachment oriented" attraverso modalità di osservazione focalizzata dell'infans che favorisca la sensibilità materna nella relazione, la regolazione affettiva e la funzione riflessiva genitoriale (cfr. capp. 6 e 13).

Lo SSC può consentire una riduzione della durata della degenza ospedaliera per i nati pretermine ricoverati in NICU e può offrire l'opportunità ai genitori di avere un'esperienza maggiore nella cura del loro bimbo, facendoli sentire più preparati ad assumersi la piena responsabilità alla dimissione dall'ospedale, momento che spesso trova i genitori smarriti per l'impegno dell'accudimento (Anderzén-Carlsson *et al.*, 2014, parte I): un investimento nella formazione degli operatori per estendere questa modalità di intervento preventivo, oltre che una fonte di benessere per le famiglie nel periodo perinatale, potrebbe costituire anche un valido risparmio di costi per la sanità pubblica.

## Bibliografia<sup>3</sup>

- Aghdas K., Talat K., Sepideh B. (2014), “Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomized control trial”, *Women and Birth*, 27, 1, 37-40.
- Anderzén-Carlsson N., Lamy ZC., Eriksson M. (2014), parte I, “Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant”, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13, 9, 24906.
- Anderzén-Carlsson N., Lamy Z.C., Eriksson M. (2014) parte II, “Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 2: A qualitative meta-synthesis”, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13, 9, 24907.
- Arnon S., Diamant C., Bauer S., Regev R., Sirota G., Litmanovitz I. (2014), “Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety”, *Acta Paediatrica*, 103, 10, 1039-1044.
- Badr H.A., Zauszniewski J.A. (2017), “Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin”, *International Journal of Nursing Sciences*, 4, 179-183.
- Bartolo G., Benedetto L., Ingrassia M. (2013), “Couple’s well-being and parenting in the transition to parenthood: what are the gender differences?”, *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 18, 30-50.
- Bastani F., Rajai N., Farsi Z., Als H. (2017), “The Effects of Kangaroo care on the Sleep and Wake States of Preterm Infants”, *Journal of Nursing Research*, 25, 3, 231-239.
- Beiranvand S., Valizadeh F., Hosseinabadi R., Pournia Y. (2014), “The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery”, *International Journal of Pediatrics*, Article ID 846486.
- Belsky, J. (1985), “Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: The role of violated expectations”, *Journal of Marriage and the Family*, 47, 1037-1044.
- Belsky J., Hsieh K. (1998), “Patterns of marital change during the early childhood years: Parent personality, coparenting and division-of-labor correlates”, *Journal of Family Psychology*, 12, 511-528.
- Belsky J., Rovine M. (1990), “Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum”, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Bigelow A., Power M. (2012), “The effect of mother infant skin-to-skin contact on infants’s response to the still face task from newborn to three months of age”, *Infant Behavior and Development*, 35, 240-251.
- Bidlow J., Elfiky N., Kass A., Oliveto M., Reed E., Neff-Bulger M. (2017), “Interdisciplinary Approach to Increasing Skin-to-Skin Contact Across delivery Methods”, *American Journal of Medical Quality*, 32, 4, 458.

3. Più ampi e descrittivi riferimenti bibliografici sono illustrati negli approfondimenti riportati sul sito FrancoAngeli.

- Boundy E.O., Dastjerdi R., Spiegelman D., Fawzi W.W., Missmer S.A., Lieberman E., Kajeepeeta S., Wall S., Chan J.C. (2016), “Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis”, *Pediatrics*, 137, 1, 2015-2238.
- Buss C., Entringer S., Swanson J., Wadhwa P. (2012), “The role of stress in brain development: The gestational environment’s long-term effects on the brain”, *Cerebrum: the Dana forum on brain science*, 4.
- Butruille L., Blouin A., De Jonckheere J., Mur S., Margez T., Rakza T., Storme L. (2017), “Impact of skin-to-skin contact on the autonomic nervous system in the preterm infant and his mother”, *Infant Behavior and Development*, 49, 83-86.
- Cadei L., Simeone D. (2010), “Diventare genitore. Fantasie e narrazioni in un’epoca tecnologica”, *Education Sciences & Society. Persona e Società*, 1, 2, 130-144.
- Chan GJ., Valsangkar B., Kajeepeeta S., Boundy EO., Wall S. (2016), “What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature”, *Journal of Global Health*, 6, 1.
- Charpak N., Ruiz JG. (2017), “The Kangaroo Mother Care Method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 86, 125-128.
- Charpak N., Tessier R., Ruiz J.G., Hernandez J.T., Uriza F., Villegas J., Nadeau L., Mercier C., Maheu F., Marin J., Cortes D., Gallego J.M., Maldonado D. (2017), “Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care”, *Pediatrics*, 139, 1, e20162063.
- Chen E.-M., Gau M.-L., Liu C.-Y., Lee T.-Y. (2017), “Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial”, *Nursing Research and Practice*.
- Cheng C., Pickler R.H. (2010), “Maternal psychological well-being and salivary cortisol in late pregnancy and early postpartum”, *Stress and Health*, 26, 215-224.
- Chi Luong K., Long Nguyen T., Huynh Thi D.H., Carrara H.P., Bergman N.J. (2015), “Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial”, *Acta Paediatrica*, 05, 4, 381-90.
- Cho E.S., Kim S.J., Kwon M.S., Cho H., Kim E.H., Jun E.M., Lee S. (2016), “The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress”, *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 430-438.
- Claxton A., Perry-Jenkins M. (2008), “No fun anymore: Leisure and marital quality across the transition to parenthood”, *Journal of Marriage and Family*, 70, 28-43.
- Cong X., Cusson R.M., Hussain N., Zhang D., Kelly S.P. (2012), “Kangaroo care and behavioral and physiologic pain responses in very-low-birthweight twins: A case study”, *Pain Management Nursing*, 13, 127-138.
- Demo D.H., Cox M.J. (2000), “Families with young children: A review of research in the 1990s”, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 876-895.

- Deave T., Johnson D., Ingram J. (2007), *Transition to Parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood*, BMCP: Pregnancy and Childbirth, 8, 30.
- Doss B.D., Rhoades, G.K., Scott SM., Markman H.J. (2009), “The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An Eight-Year Prospective Study”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 3, 601-619.
- Erikson E.H. (1950), *Infanzia e società*, Armando, Roma, 1982.
- Evereklian M., Posmontier B. (2017), “The Impact of Kangaroo care on Premature Infant Weight Gain”, *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e10-e16.
- Feeney J.A., Hohaus L., Noller P., Alexander R.P. (2001), *Becoming Parents: Exploring the Bonds Between Mothers, Fathers, and their Infants*, University Press, Cambridge.
- Feldman R., Rosenthal Z., Eidelman A.I. (2014), “Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life”, *Biological Psychiatry*, 75, 1, 56-64.
- Ferber S.G., Makhoul I.R. (2004), “The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial”, *Pediatrics*, 113, 4, 858-65.
- Gnazzo A., Guerriero V., Di Folco S., Zavattini G., De Campora G. (2015), “Skin-to-skin interactions. Does the Infant massage improve the couple functioning?”, *Frontiers in Psychology*, 6, 1468.
- Gurgel de Castro Silva M., Carvalho de Moraes Barros M., Lima Pessoa Ú.M., Guinsburg R. (2016), “Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants”, *Early Human Development*, 95, 55-59.
- Helms-Erikson H. (2001), “Marital quality ten years after the transition to parenthood and well-being”, *Journal of Marriage and Family*, 63, 1099-1110.
- Holditch-Davis D., White-Traut R.C., Levy J.A., O’Shea T.M., Geraldo V., David R.J. (2014), “Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship”, *Infant Behavior and Development*, 37, 4, 695-710.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia Clinica Perinatale per le Professioni Sanitarie e Psicosociali. Vol. I. Neonato e Radici della Salute Mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Karimi A., Khadivzadeh T., Tara F. (2009), “The effect of mother infant skin-to-skin contact on mother’s attachment”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107, Suppl. 2, S668.
- Keizer R., Dykstra P.A., Poortman A.R. (2010), “The Transition to Parenthood and Well-Being: The Impact of Partner Status and Work Hour Transitions”, *Journal of Family Psychology*, 24, 4, 429-438.
- Kollmann M., Aldrian L., Scheuchenegger A., Mautner E., Herzog S.A., Urlesberger B., Raggam RB., Lang U., Obermayer-Pietsch B., Klaritsch P. (2017), “Early skin-to-skin contact after cesarean section: A randomized clinical pilot study”, *PLoS ONE*, 12, 2, e0168783.
- Kristoffersen L., Støen R., Hansen L.F., Wilhelmsen J., Bergseng H. (2016), “Skin-to-Skin Care After Birth for Moderately Preterm Infants”, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 45, 3, 339-45.



- Kristoffersen L., Støen R., Rygh H., Sognnæs M., Follestad T., Mohn H.S., Nissen I., Bergseng H. (2016), “Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial”, *Trials*, 17, 593.
- Kymre I.G. (2014), “NICU nurses’ ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice”, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, 23297.
- Lau Y., Tha P.H., Ho-Lim S.S.T., Wong L.Y., Lim P.I., Citra Nurfarah B.Z.M., Shorey S. (2017), “An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation”, *Maternal & Child Nutrition*, e12492.
- Lawrence E., Rothman A.D., Cobb R.J., Rothman M.T., Bradbury T.N. (2008), “Marital satisfaction across the transition to parenthood”, *Journal of Family Psychology*, 22, 41-50.
- Loewy J., Stewart K., Dassler A.M., Telsey A., Homel P. (2013), “The effect of music therapy on vital sign, feeding, and sleep in premature infants”, *Pediatrics*, 131, 902-918.
- Maastrup R., Weis J., Engsig A.B., Johannsen K.L., Zoffmann V. (2017), “‘Now she has become my daughter’: parents’ early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants”, *Scandinavian journal of Caring Science*.
- May L., Byers-Heinlein K., Gervain J., Werker J.F. (2011), “Language and the newborn brain: does prenatal language experience shape the neonate neural response to speech?”, *Frontiers in Psychology*, 2, 222.
- Mitnick D.M., Heyman R.E., Smith Slep A.M. (2009), “Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis”, *Journal of Family Psychology*, 23, 848-852.
- Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N. (2016), “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants”, *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11.
- Mörelus E., Örténstrand A., Theodorsson E., Frostell A. (2015), “A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding”, *Early Human Development*, 91, 1, 63-7.
- Neu M., Hazel N.A., Robinson J., Schmiede S.J., Laudenslager M. (2014), “Effect of holding on co-regulation in preterm infants: a randomized controlled trial”, *Early Human Development*, 90, 3, 141-7.
- Nyqvist K.H., Heinemann A.B. (2011), “Kangaroo Mother Care: Optimal support of preterm infants transition to extrauterine life in the high tech NICU environment”, *Current Women’s Health Reviews*, 7, 278-287.
- Olsson E., Ahlsen G., Eriksson M. (2016), “Skin-to-skin contact reduces near-infrared spectroscopy pain responses in premature infants during blood sampling”, *Acta Paediatrica*, 105, 4, 376-380.
- Olsson E., Eriksson M., Anderzén-Carlsson A. (2017), “Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood – A Qualitative Study From Fathers’ Perspective”, *Journal of Pediatric Nursing* 34, e2-e9.

- Shapiro A.F., Gottman J.M., Carrère S. (2000), “The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives”, *Journal of Family Psychology*, 14, 59-70.
- Sharma A. (2016), “Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial”, *African Health Sciences*, 16, 3, 790-797.
- Sharma D., Farahbakhsh N., Sharma S., Sharma P., Sharma A. (2017), “Role of kangaroo mother care in growth and breast feeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review”, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27, 1-14.
- Schore A.N. (2003), *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- Shorey S., Hong-Gu H., Morelius E. (2016), “Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review”, *Midwifery*, 40, 207-217.
- Sweeney S., Rothstein R., Visintainer P., Rothstein R., Singh R. (2017), “Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit”, *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 151-158.
- Tsivos Z.L., Calam R., Sanders M.R., Wittkowski A. (2015), “Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review”, *International Journal of Womens Health*, 7, 429-47.
- Tully K.P., Holditch-Davis D., White-Traut R.C., David R., O’Shea T.M., Geraldo V. (2016), “A Test of Kangaroo Care on Preterm Infant Breastfeeding”, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 45, 1, 45-61.
- Twenge J.M., Campbell W.K., Foster C.A. (2003), “Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review”, *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.
- Velandia M., Matthisen A.S., Uvnaas-Moberg K., Nissen E. (2010), “Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective caesarean section”, *Birth*, 37, 3, 192-201.
- Vila-Candel R., Duke K., Soriano-Vidal F.J., Castro-Sánchez E. (2017), “Effect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding”, *Journal of Human Lactation*, 1.
- Vinall J., Grunau R.E. (2014), “Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm”, *Pediatric Research*, 75, 5, 584-587.
- White-Traut R.C., Norr K. (2009), “An ecological model for premature infant feeding”, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, 4, 478-490.
- White-Traut R.C., Norr K.F., Fabiyi C., Rankin K.M., Li Z., Liu L. (2013), “Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads”, *Infant Behavior & Development*, 36, 4, 694-706.
- WHO - World Health Organization (2015), *Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf).

- Zaccagnini C., Zavattini G.C. (2007), “La genitorialità come ‘processo evolutivo’. Una riflessione nella prospettiva della Teoria dell’Attaccamento”, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, n. 2, 199-249.
- Zavattini C., Bianchini B., Capello M., Dallanegra L., Lupinacci M.A., Monguzzi F., Vitalini L. (2015), *Talking with Couples. Psychoanalytic Psychotherapy of the Couple Relationship*, Karnac Books, London.
- Zwedberg S., Blomquist J., Sigerstad E. (2015), “Midwives’ experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a cesarean section: fighting an uphill battle”, *Midwifery*, 31, 215-220.