

Volume 2 - Numero 1 - Maggio 2008

# Rivista Italiana

## La Care in Perinatologia



**AICIP**

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER  
LA CARE IN PERINATOLOGIA

**EDITEAM** S.B.S.  
GRUPPO EDITORIALE

Volume 2 - Numero 1 - Maggio 2008

# Rivista Italiana

## La Care in Perinatologia

**Editor in Chief**  
Arturo Giustardi

**Executive Editor**  
Massimo Agosti

**Assistant Editor**  
Francesco Tandoi

### **Editorial Board**

Graziella Andrich, Marina Battaglioli, Maria Elena Bolis,  
Onorina Chinetti, Elsa Del Bo, Arianna De Martino,  
Giusy Di Lorenzo, Anna Maria Di Paolo, Gennaro Disiena,  
Elisa Facondini, Matilde Ghinassi, Lorenzo Giacchetti,  
Sandra Lazzari, Giovanna Liguoro, Gianluca Lista,  
Nicoletta Mallozza, Isabella Mondello, Romeo Nicola,  
Luigi Orfeo, Maria Pia Paganelli, Lorena Paghinini,  
Anna Persico, Angela Bossi, Paola Serafini,  
Gino Soldera, Monika Stablum, Stefania Viero,  
Vincenzo Zanardo

[www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)

---

Autorizzazione Tribunale Bologna (In attesa del n. di registrazione)

Copyright © 2008



Via Gennari 81, 44042 Cento (Fe)  
Tel. 051.904181/903368 - Fax 051.903368  
[www.editeam.it](http://www.editeam.it) - [info@editeam.it](mailto:info@editeam.it)

Progetto grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, tradotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.

L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peraltro sempre possibili.

Finito di stampare nel mese di Maggio 2008.

# Indice

<b>Editoriale.....</b>	<b>pag.</b>	<b>1</b>
Francesco Tandoi		
<b>La continuità della Relazione: dal bonding prenatale all'attaccamento postnatale .....</b>	<b>"</b>	<b>2</b>
Gino Soldera, Treviso, Maria Beatrice Nava, Bergamo		
<b>La clinica della genitorialità osservata dal neonatologo .....</b>	<b>"</b>	<b>13</b>
Nicola Romeo, Rimini		
<b>La culla vuota: rottura e riequilibrio di una genitorialità prematura .....</b>	<b>"</b>	<b>16</b>
Elena Bolis, Varese		
<b>Scelti per voi .....</b>	<b>"</b>	<b>23</b>
<b>Home and Abroad .....</b>	<b>"</b>	<b>25</b>

# Editoriale

Dopo gli incoraggianti riscontri del “numero zero” della rivista, l'impulso a svilupparne i contenuti e ad ampliarne gli orizzonti ha rappresentato per noi del board editoriale più che la “sfida” che avevamo previsto nel precedente editoriale, il piacere di sentire di aver messo nero su bianco un complesso mondo di interazioni fra le molteplici professionalità che interagiscono in un delicato ambito di interventi medici e relazionali. In Marzo a Verona si è svolta la prima riunione del board editoriale, in cui si è palpato direttamente l'entusiasmo ed il coinvolgimento di tutti nel fornire il proprio apporto a questa idea. Sembra, quindi, doveroso sentire dalla voce dei due direttori, Massimo Agosti e Arturo Giustardi, quali sono le prospettive di sviluppo e le proposte legate a questo progetto.

**Dopo una partenza rivolta soprattutto agli operatori, come pensate che possano essere potenziate le prospettive della rivista, in considerazione delle problematiche trattate?**

Sicuramente il cosiddetto “numero zero” ha rappresentato un buon banco di prova per saggiare l'attenzione degli operatori, in primo luogo, nei confronti di tale progetto. Il riscontro c'è stato, il che ha rappresentato una notevole spinta ad andare avanti e a fare meglio.

La riunione di Verona, in tal senso, è stata davvero proficua, in primis per l'entusiasmo che i partecipanti al board hanno espresso nei confronti del progetto, ma soprattutto per il clima che si è creato, realmente positivo e propositivo. In tale contesto, le idee che ogni professionalità ha saputo esprimere sono state numerose e anche originali. Sicuramente l'ampliamento dell'audience, rappresenta uno degli obiettivi futuri; in questa ottica un obiettivo è stato identificato nella diffusione della rivista a soggetti istituzionali quali le scuole di formazione professionale in campo medico/psicologico, le università, i colleghi infermieri o ostetrici. Anche il coinvolgimento delle associazioni dei genitori significherebbe per noi raggiungere e, perché no, collaborare con un gruppo di lettori che entrano di diritto a far parte dei temi della nostra rivista. E' intuibile come da interventi di questo tipo le ricadute positive possano essere molteplici andando dall'ampliamento della diffusione, alla collaborazione con altre di figure professionali o istituzioni, alla promozione di eventi in tema (riunioni, giornate scientifiche...). Come vedete, le idee e la volontà non mancano!

**Quali sono gli obiettivi che la rivista si pone in relazione ad un argomento quale la genitorialità, che si impone allorché si affrontano temi**

**quali la nascita pretermine o, più in generale, la patologia del neonato?**

Come già accennato, una tematica di questo tipo riveste un ruolo centrale nella nostra rivista. Già nel precedente editoriale emergeva un “obiettivo genitori”, in quanto in noi è ben presente la consapevolezza delle difficoltà che, una gravidanza o una nascita patologica, comportano per entrambi i genitori.

Ci sembra doveroso ribadire che abbiamo fortemente voluto nel nostro board editoriale quelle professionalità che con la loro grande esperienza, hanno contribuito a fornire il loro apporto non solo alla rivista, ma soprattutto ai fruitori di quest'ultima, su una tematica che per tutti gli operatori rappresenta un bisogno relazionale urgente cui far fronte nella quotidianità.

**Il progresso tecnologico offre oggi una ampia possibilità di supporto alle professionalità che operano in campo peri-neonatologico. Quale può essere il ruolo della rivista in tale chiave di lettura?**

Noi tutti credo che dobbiamo ringraziare il progresso e la tecnologia che attualmente consentono, tanto in un ambito diagnostico quanto in quello terapeutico, di supportare il nostro lavoro, costituendo una parte fondamentale di esso. Non dobbiamo mai dimenticare, comunque, che il ruolo degli operatori resta centrale in un compendio di interazioni che, specie in campo relazionale, offre poco spazio alla tecnologia. A volte senza una nostra frase o senza una nostra parola, tali strumenti sarebbero solo sterili mezzi ad uso e consumo dei soli operatori, piuttosto che uno strumento che lega un genitore al destino del proprio figlio. Lo sviluppo e la divulgazione di quegli strumenti relazionali che rendono gli operatori l'interfaccia di collegamento fra tecnologia e famiglia sarà sempre fra gli scopi del nostro lavoro.

**E nei confronti del neonato a termine, quali pensate possano essere i punti su cui la rivista può concentrarsi?**

Il neonato a termine rappresenta il termine di confronto con la normalità e con la fisiologia. Questo suo ruolo lo pone come figura di riferimento centrale tanto rispetto agli operatori quanto rispetto ai genitori, appunto nel suo paradigma di confronto con la patologia. Viene, ad esempio, da pensare agli scenari che si aprono in seguito alla nascita inattesa di un neonato malformato o asfittico, situazioni che possono mettere in crisi l'apparato relazionale in seno ad un intero reparto oltre che ad un nucleo familiare. In questo l'analisi di tali problematiche può rappresentare uno degli argomenti in cui approfondire il nostro impegno divulgativo.

**Francesco Tandoi**



# La continuità della Relazione: dal bonding prenatale all'attaccamento postnatale

Gino Soldera\*, Maria Beatrice Nava\*\*

\*Psicologo, psicoterapeuta. Presidente dell'ANPEP, Treviso

\*\*Psicologa esperta in psicopedagogia Prenatale ANPEP, Certified Infant Massage Instructor AIMI

## Riassunto

*La Teoria dell'Attaccamento fornisce una cornice utile a comprendere le dinamiche relative alla formazione e all'evoluzione delle relazioni primarie tra il feto-neonato e i suoi caregivers primari: la madre e il padre. L'articolo propone un percorso ideale lungo le tappe di formazione del legame di attaccamento a partire dalla vita prenatale attraverso il parto e i primi momenti di vita extrauterina. Particolare rilievo viene dato al concetto di continuità della relazione, come rappresentazione della continuità di vita tra la fase pre- e postnatale.*

## 1. La teoria dell'attaccamento

Nell'ambito dell'ampio filone di studi e ricerche che ha indagato il legame madre-bambino, un posto di assoluto rilievo è occupato dalla Teoria dell'Attaccamento ideata da John Bowlby, psichiatra e psicoanalista inglese. Con la formulazione della sua Teoria dell'Attaccamento, Bowlby propone una visione del legame primario tra madre e bambino e una interpretazione dell'eziologia dei problemi mentali e della condotta patologica completamente innovativa rispetto alle teorie del suo tempo, quali il comportamentismo e la psicoanalisi.

La Teoria dell'Attaccamento (che si fonda su una posizione di multidisciplinarietà nella quale la psicoanalisi è integrata con l'etologia, la sociobiologia, la psicobiologia, la teoria cibernetica dei sistemi di controllo e l'approccio strutturale moderno allo sviluppo conoscitivo) afferma

che il bambino si lega alla madre e ne cerca il contatto a seguito di una motivazione primaria a mantenere la prossimità con essa, in quanto è attraverso la vicinanza con la madre che può essere protetto.

Il legame di attaccamento viene a costituirsi come base evolutiva personale e relazionale su cui l'individuo fonderà altri successivi e più complessi aspetti della propria personalità, legati soprattutto al nucleo della sicurezza ed alle possibilità adattive che esso rappresenta per l'individuo. La costruzione di un attaccamento sicuro nella prima infanzia, infatti, sembra rappresentare una fondamentale risorsa per l'individuo, un fondamento della costruzione del Sé e delle possibilità di sviluppo affettivo, cognitivo e sociale anche nelle epoche successive alla prima infanzia.

Tre modelli principali di attaccamento, descritti per la prima volta dalla Ainsworth e dai suoi colleghi nel 1971, sono oggi identificati con sicurezza: Insicuro Evitante (tipo A), Insicuro Ambivalente (tipo C), Sicuro (tipo B). I bambini A, attraverso il mantenimento di una moderata distanza dalla madre, quella che viene detta *optimal distance*, evitano il rischio di essere rifiutati, come accadrebbe se si avvicinassero troppo; nello stesso tempo si pongono in condizione di essere eventualmente soccorsi nel caso il pericolo diventi eccessivo. I bambini C, esagerando l'espressione dei loro bisogni, si fanno carico di mantenere vicina una madre altrimenti imprevedibile; i bambini B esprimono in maniera chiara e con fiducia i loro bisogni, nella consapevolezza di essere aiutati e confortati in caso di necessità (1).

Oltre a questi tre pattern ne sono stati identificati altri, tra i quali lo stile di attaccamento **Disorganizzato/Disorientato** (tipo D) e quello **Confuso** (Co), individuati ad opera di studiosi come Main & Solomon (2, 3), George & Main (4) e Crittenden (5) e Attili (6). Si tratta di stili di attaccamento patologici, spesso conseguenti ad esperienze di maltrattamento, abuso, grave trascuratezza, orfanità, istituzionalizzazione.

Da una recente ricerca (7) sembra esservi la possibilità che l'attaccamento Disorganizzato/Disorientato possa derivare da esperienze di maltrattamento fisico, mentre l'attaccamento Confuso da esperienze di abuso sessuale.

## 2. Il concetto di Attaccamento Prenatale

L'idea dell'esistenza di una relazione di attaccamento tra una madre ed il feto non è, come si potrebbe pensare, uno sviluppo recente nell'ambito della psicologia della gravidanza; Deutsch (1945, come citato in Condon, 1993) (8) fu il primo a ipotizzare che l'attaccamento potesse iniziare durante la gestazione. Rubin (9) ipotizzò l'esistenza di quattro "compiti" legati alla gravidanza:

1. la ricerca di una transizione sicura per sé e per il nascituro,
2. l'assicurarsi che il nascituro venga accettato dalle persone significative della propria famiglia,
3. *il creare un legame (binding-in) con il proprio bambino sconosciuto*
4. l'imparare a donarsi.

Il concetto di Rubin di "legame" (binding-in) è piuttosto simile a quello di "relazione" (bonding) e si è evoluto nel costrutto di "attaccamento pre-natale". Nell'ambito della letteratura sull'accudimento, l'"attaccamento pre-natale" è stato definito come "la singolare relazione di amore che si sviluppa tra una donna e il suo feto" (10).

Katz-Rothman (11) afferma che "il momento della nascita dovrebbe essere visto come quello in cui la relazione tra madre e il figlio continua e non inizia"; Cranley (12), dal canto suo, afferma che c'è un cambiamento qualitativo nella relazione della madre con il proprio bambino al momento della nascita, ma non per questo esso rappresenta l'esordio della loro relazione.

Nonostante questa prospettiva, che considera l'attaccamento come un processo continuo che ha inizio prima della nascita, e anche se il concetto di "attaccamento pre-natale" origina dal-

la Teoria dell'Attaccamento, è necessario chiarire che l'attaccamento pre-natale e quello post-natale possono richiedere cornici concettuali leggermente differenti (13).

Lo psichiatra Condon (8) ha proposto un modello di attaccamento adulto e lo ha applicato all'attaccamento materno pre-natale. Condon afferma che la sua concettualizzazione dell'attaccamento segue i lavori di Bretherton (14), che definisce genericamente l'"attaccamento" come un vincolo emotivo (emotional tie) o un legame psicologico (*psychological bond*).

Bowlby (15) concettualizza l'attaccamento come un processo bidirezionale tra il bambino e il caregiver. Anche questo concetto richiede un aggiustamento se vogliamo analizzare l'attaccamento emotivo pre-natale.

Laxton-Kane e Slade (13) affermano che nel contesto della gravidanza, *non vi siano opportunità di interazione reciproca*. Gli Autori affermano che, di conseguenza, lo studio sull'attaccamento pre-natale si è concentrato sull'analisi dell'intensità e della qualità del legame madre-feto.

Laxton-Kane e Slade affermano, inoltre, che la stessa esperienza di attaccamento della madre, l'influsso dovuto ad altri ruoli e responsabilità che competono con quelle del "caregiver" e il sostegno disponibile durante la gravidanza abbiano maggiore influenza nel determinare l'attaccamento pre-natale proprio a causa della mancanza di interazioni reciproche tra madre e feto.

Ancora, scoperte emergenti da uno studio di Siddiqui, Häggglöf e Eisemann (16), confermano l'idea secondo cui le esperienze infantili di attaccamento della madre abbiano un certo impatto sul suo attaccamento pre-natale; in questo studio, gli attaccamenti pre-natali più intensi risultavano formarsi nelle donne che avevano esperito calore materno e rifiuto paterno.

Vi è anche uno studio di Mikulincer and Florian (17) che contribuisce a rinforzare ulteriormente il concetto secondo cui le esperienze materne di attaccamento nell'infanzia influiscono sul suo attaccamento pre-natale nei confronti del feto: attraverso l'utilizzo dell'AAI (Adult Attachment Interview) (17, 18) e il MFAS (12), *si scoprì che le donne con attaccamento sicuro (B) instauravano un intenso attaccamento con il proprio feto fin dagli esordi della gravidanza*. Inoltre, si scoprì che le donne con attaccamento evitante (A) mostravano un attaccamento debole verso il feto nel primo e nel terzo trimestre di gravidanza e più forte nel secondo trimestre e che le donne con attaccamento ambivalente (C) mostravano un incremento dell'at-

taccamento verso il feto con il procedere della gravidanza.

Così, sebbene il vincolo emotivo **reale** che le donne esperivano verso il loro feto non potesse essere considerato “attaccamento” nel senso tradizionale del termine (in accordo, cioè, con la tradizione Bowlbiana), questo è il termine che è stato usato da coloro che hanno operazionalizzato il costrutto.

Speckhard (19) suggerisce che l’attaccamento ha inizio ben prima della nascita, quando la donna inizia a formarsi un’immagine mentale del proprio bambino e sente il desiderio di allevarlo e proteggerlo. L’attaccamento al feto sembra cominciare circa a 10 settimane di gestazione (20), e crescere rapidamente a partire circa dalla 16<sup>a</sup> settimana di gestazione (21).

E’ ormai stabilito che l’attaccamento materno-fetale cresce significativamente durante la gravidanza (13, 20-25), e con rapidità (24, 26, 27). Un altro studio mostra come i sentimenti positivi verso il feto siano positivamente correlati al movimento fetale e all’età gestazionale (28).

### 3. L’imprinting pre-natale

Il concetto di “imprinting pre-natale” è multiforme e può essere declinato secondo diverse accezioni.

Si può affermare che durante la vita fetale vi sia un imprinting neurobiologico, dato che nel corso della gestazione l’emisfero cerebrale destro - responsabile, tra le altre cose, della espressione e gestione del coping, della socialità e delle emozioni - si forma e si struttura in modo non indipendente dal suo ambiente condiviso, cioè l’utero materno e, in senso più generale, la madre tutta. Recenti ricerche hanno dimostrato come gli ormoni materni regolino l’espressione dei geni nel cervello del feto e come forti cambiamenti dei livelli ormonali materni inducano cambiamenti dell’espressione dei geni che si mantengono anche in età adulta (29).

In altre parole “Nature’s potential can be realized only as it is enabled by nurture”, che tradotto suona così: “il potenziale naturale può realizzarsi soltanto nel modo in cui l’ambiente lo consente” (30).

Studi recenti indicano che le primissime esperienze affettive di interazione *influenzano direttamente la maturazione del sistema di regolazione dell’emisfero cerebrale destro, che è coinvolto centralmente nella comunicazione delle emozioni*. Molto più che il si-

nistro, l’emisfero cerebrale destro è profondamente connesso alla maturazione pre-natale del sistema nervoso autonomo (responsabile delle componenti somatiche dell’espressione emotiva) e all’asse ipotalamico-adreno-pituitario, che regola la risposta individuale allo stress (31).

E’ dunque possibile affermare che l’esperienza pre-natale di interazione con l’ambiente influisce sulla struttura del sistema nervoso centrale e sull’architettura del cervello in evoluzione.

*Lo sviluppo dell’attaccamento è così un prodotto congiunto della predisposizione temperamentale (geneticamente determinata) e dell’ambiente affettivo e relazionale offerto dal caregiver, a partire dall’epoca pre-natale.*

Si può parlare di imprinting anche da un punto di vista a metà tra il clinico e il biologico; per comprendere i disordini dell’attaccamento e del bonding è fondamentale comprendere il “trauma prenatale” e più nello specifico, la relazione tra concepimento, impianto dell’embrione e cordone ombelicale. Bisogna inoltre avere una profonda comprensione del simbolismo.

Il concepimento implica un’interazione “di attaccamento” quando lo spermatozoo si unisce all’ovulo. L’impianto dell’embrione implica un “attaccamento” dell’ovulo fecondato alla parete uterina. Il cordone ombelicale è il tramite che permette la vita del feto, mantenendolo “attaccato” alla madre, ed è il mezzo attraverso il quale il nascituro riceve nutrimento e tossine.

Se l’atto sessuale con il quale si concepisce un bambino è “ostile”, carico di paure, ambivalente, o semplicemente ha luogo tra due persone che non si amano e non sono legate l’una all’altra da un reciproco impegno, sia l’ovulo che lo spermatozoo recano in sé questo “imprinting” cellulare (32). Se un ovulo fecondato vive un difficile impianto - cioè l’“attaccamento” alla parete interna dell’utero - anche qui si verifica un correlato “imprinting” cellulare. Qualunque sia l’imprinting, il bambino lo agirà simbolicamente nel proprio comportamento.

Vi sono terapeuti “della vita pre-natale e della nascita” (Prenatal and Birth Therapist) che si occupano di bambini molto piccoli con vari disturbi del comportamento (es. difficoltà del sonno e dell’alimentazione, aggressività ecc.) interpretando la sintomatologia di sofferenza come espressione di una trauma pre-natale o legato alla nascita ed intervenendo attraverso diverse tecniche (il gioco - soprattutto legato alla drammatizzazione della gravidanza e del parto - ed il massaggio craniosacrale), ottenendo soddisfacenti e spesso rapidi risultati in termini di re-

missione dei sintomi e miglioramento della qualità di vita (33).

L'esperienza clinica di altri terapeuti, ad esempio di Leah LaGoy, è che i bambini cui si diagnostica un "attaccamento" pre-natale traumatico, in aggiunta a ulteriori successivi traumi (34).

Si può inoltre parlare di imprinting anche da un punto di vista fisiologico-percettivo; il neonatologo Bellieni (35), uno tra i più importanti studiosi della continuità tra la vita pre-natale e quella post-natale, afferma che "la percezione fetale sarebbe necessaria per meccanismi come l'imprinting, indispensabile alla vita neonatale".

Si parla infine di imprinting genomico (36) e imprinting psico-affettivo (37) nel dibattito legato alla Procreazione Medicalmente Assistita, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla procedura di fecondazione ICSI (Intro Cytoplasmatic Sperm Injection).

#### 4. L'attaccamento madre-feto

La relazione di attaccamento pre-natale madre-feto si struttura a partire dall'intima, continua e costante condivisione delle esperienze che la madre ed il feto vivono, in maniera fortemente correlata sebbene non identica, come è per le relazioni tra Persone che si amano profondamente.

"Da due Persone può nascere solo un'altra Persona e il bambino-Figlio è da subito una Persona" (38) e le persone hanno una propria specificità ed unicità che li distingue da sempre e per sempre. La gestazione è una condizione che riguarda madre e feto, coinvolgendoli in un rapporto a due che è probabilmente il più profondo e intimo di cui un essere umano possa fare esperienza; "prima della nascita, la madre e il bambino vivono in osmosi" (Loux, 2001).

Il feto si sviluppa all'interno del corpo materno, nutrendosi di tutto ciò che la madre gli offre, a livello chimico-biologico e anche a livello psico-emotivo: "Tutto ciò che la madre vive, il bambino lo vive con lei" (39). Ed ancora: "l'utero non è solo la prima culla per il bambino ma è anche il suo primo vero mondo e il modo in cui lo sperimenta incide sulla formazione della sua futura personalità" (40).

Diversi studi dimostrano che lo stress vissuto dalla madre durante la gravidanza, se continuato ed intenso, danneggia enormemente lo sviluppo del feto, arrivando ad influire negativamente su di esso persino a livello di formazione del si-

stema nervoso e modificando i livelli di arousal del feto stesso, influenzando - anche a lungo termine - sulla sua componente temperamentale (41).

Ciò che definiamo "nutrimento" non è quindi solo quello che passa dal corpo della madre a quello del feto attraverso la connessione del cordone ombelicale, ma anche ciò che - grazie al trasferimento di "informazioni" legato al funzionamento del sistema endocrino, ad esempio - la madre prova a livello psico-affettivo: gioia, rabbia, angoscia, tristezza, serenità. L'adrenalina, il cortisolo, le endorfine... la risposta chimica del corpo materno alle emozioni intense "in-forma" anche il corpo in divenire del feto e contribuisce - a volte irreparabilmente - a definirne la fisionomia. Da un certo punto in poi della gravidanza il feto è in grado di "reagire" a tali "messaggi" materni e di comunicare attivamente la propria presenza, soprattutto attraverso il movimento.

Più la gravidanza prosegue nel tempo e più la relazione di attaccamento materno fetale si intensifica, grazie anche all'occorrere di eventi come la crescita ponderale della donna (la "pancia" che aumenta di volume, con il suo effetto di "evidenza della gravidanza", per la madre stessa ma anche per gli "altri", in primis il padre), l'esperienza dell'incontro visivo con l'immagine corporea ancora indefinita del feto grazie allo strumento ecografico (42) e il palesarsi della sua presenza "viva e vivace" grazie al movimento, fatto di capriole, arrampicate, nuotate e scalciate all'interno dell'utero materno.

La relazione di attaccamento pre-natale tra madre e feto si configura proprio a partire da queste possibilità di incontro. Questa relazione, molto emotiva e interiore, fatta di pensieri, sentimenti, sensazioni, già nel suo formarsi può svilupparsi diversamente e può essere rilevata e monitorata per sostenerne la formazione e la sana evoluzione nel tempo.

#### 5. L'attaccamento padre-feto

La gravidanza vissuta dal punto di vista maschile non ha le stesse caratteristiche di quella vissuta dal punto di vista femminile: il padre non vive le sensazioni corporee legate alla gestazione, come la cessazione della comparsa del ciclo mestruale, le nausee, l'ingrossamento del seno, la crescita ponderale, il comparire della "pancia", ecc. Tutti questi vissuti corporei vengono a lui raccontati, ma non fanno veramente parte di lui perché non derivano dalla sua diretta esperienza.



Eppure esiste una gestazione paterna: si tratta di una gestazione mentale, si tratta dell'avere il feto come ospite-dentro-di-sé, dentro la parte di sé che dell'uomo-maschio definisce la fisionomia e la struttura: la mente. Tanto la donna esperisce la gravidanza nel corpo e nel sentimento, tanto il padre può farne viva esperienza a livello mentale, facendo del suo Pensiero un "utero" buono e accogliente per il figlio che nasce e che cresce nel grembo materno.

"Bisogna porre attenzione alle potenzialità, alla forza della Mente ed alla Potenza creatrice del Pensiero; il Pensiero, intriso di Emozione e Desiderio, sa Creare" (38).

L'attaccamento padre-feto è, inoltre, molto legato all'esperienza concreta e, se può nascere come desiderio della mente, necessita di esperienze concrete e tangibili per costruirsi e definirsi. Righetti (42), ad esempio, indica come l'esperienza della prima ecografia sia importante per la coppia e per il padre in particolare, che esperisce concretamente (per la prima volta?) la presenza viva del feto: lo guarda muoversi, lo osserva, ne riscontra l'esistenza vera e tangibile. L'intensità dell'attaccamento padre-feto aumenta, dopo questo "incontro".

E nei mesi successivi, durante il corso della gestazione, il padre avrà modo di relazionarsi con il feto attraverso il tatto, carezzando la pancia della donna, sentendo il movimento del feto poggiandovi sopra le mani e l'orecchio, "giocando" con il feto ormai cresciuto ed in grado di rispondere agli stimoli esterni come, ad esempio, la voce e il tocco.

L'uomo, avendo una struttura psichica orientata all'azione e al pragmatismo, tende a pensarsi padre di un bimbo "cresciuto", grande abbastanza da potersi relazionare con lui attraverso lo scambio ed il gioco, attraverso l'attività; la donna, invece, orientata al mondo interiore, si pensa madre di un bimbo da accudire, indifeso, bisognoso di cure ed amorevoli attenzioni (43). La relazione padre-figlio, originante anche dalla relazione di attaccamento pre-natale padre-feto, ha i suoi esordi nella mente, nel Desiderio della Mente, nell'immaginazione, nel mondo interno afferente alla Volontà; la relazione madre-figlio, invece, trae la propria origine dal Desiderio del Cuore, dal mondo dell'emozione e del sentimento, dalla sfera affettiva.

Soldera (44) evidenzia come "il padre ha cominciato a modificare, anche se a fatica, il suo atteggiamento tendenzialmente distaccato verso il figlio. In passato il suo ruolo di delega della funzione educativa alla madre lo aveva messo in una

condizione di grande disagio spesso compensato da altri interessi, come il dedicarsi al lavoro, allo sport o altro, senza per altro consentirgli di provvedere alla soddisfazione dei suoi bisogni affettivi e relazionali più profondi, di vivere la sua naturale empatia e tenerezza nei confronti del figlio e, meno ancora, di ritrovarsi nella sua realtà umana più intima e vera avendo anche lui attraversato, da bambino, quello che sta attraversando ora suo figlio. E per recuperare questo profondo istinto umano (viene da pensare "un istinto di Attaccamento", N.d.A.), soffocato da generazioni, può essere aiutato dalla sua compagna, la quale dalla perdita di questo ruolo esclusivo che gli veniva dato può trarre grande vantaggio. Si è visto che il modo con cui il padre vive la gravidanza condiziona la relazione e il tipo di sostegno che dà alla sua compagna e questo a sua volta influenza l'andamento della gravidanza".

La relazione di attaccamento tra esseri umani ha basi biologiche e neurologiche, come abbiamo già avuto modo di evidenziare in questo articolo.

Infine, sembra interessante sottolineare che le variazioni ormonali nella donna dipendenti dalla gestazione e che la preparano "psico-fisicamente" alla relazione con il feto-nascituro, non sono una sua prerogativa esclusiva. La biologa Katherine Wynne Edwards della Queen University di Ontario, riferisce che il 65% dei padri che frequentano i corsi pre- (e post) parto hanno un calo di testosterone, a favore di una maggiore produzione di estradiolo (45). In un certo senso questi padri assumono tratti "materni" nel percorso di acquisizione della propria paternità pre-natale, come se la natura lavorasse a dare forma fisica al loro coinvolgimento durante la gravidanza. Come se regalasse loro l'opportunità di creare una relazione di attaccamento con il feto, di cui sono generatori biologici (paternità) e psicologico-relazionali (paternalità).

## 6. L'attaccamento post-natale: rooming-in, marsupioterapia e allattamento al seno

Michel Odent afferma che "Non vi è alcuna esperienza che possa tener testa alla forza e allo splendore del primo contatto tra i genitori ed il loro bambino. Essere parte di questa esperienza come madre e come padre, significa partecipare a uno dei rari miracoli della vita. Il flusso di amore che si viene a formare tra madre, pa-

dre e bambino è un'emozione palpabile: il legame che si viene a formare in questi primi giorni e settimane fondamentali diverrà una fonte di amore e di attenzioni sia per il bambino che per i genitori durante tutta la loro esistenza”.

Si tratta del *bonding* post-natale, il processo tramite il quale il bambino e il genitore creano un legame, una connessione, un'intimità tra loro. Il *bonding* è un dialogo, una complicità che si instaura tra bambino e genitore, *che comincia prima della nascita*, ma fiorisce nelle prime settimane e nei primi mesi che seguono il parto.

L'esperienza emozionale del bambino si sviluppa in sintonia con gli input materni e paterni. Alla nascita, il neonato porta con sé nove mesi di esperienza e manifesta una precisa e ben definita individualità, come i segni che ha nelle sue mani e nel suo corpo, che lo rendono diverso e quindi distinguibile da qualsiasi altro essere.

L'incontro di questo giovane e promettente essere umano con i suoi genitori è un incontro tra persone e come tale si articola nella scoperta reciproca, nel desiderio di conoscenza e di relazione e nel rispetto della specificità di ognuno.

E' necessario tutelare, proteggere e promuovere la formazione di questa relazione; esperienze come il *rooming-in*, la *marsupioterapia* (KMC) e l'*allattamento al seno* contribuiscono all'instaurarsi ed al consolidarsi dell'attaccamento post-natale.

Il *rooming-in* consiste nella permanenza del bambino assieme alla madre nella stessa stanza d'ospedale per il periodo di tempo più lungo possibile nell'arco delle 24 ore, vale a dire sia di giorno che di notte, ad eccezione dei periodi legati alle cure ospedaliere, e con inizio dopo il parto, non appena la madre risulta essere in grado di rispondere alle richieste del bambino. Tale opzione rappresenta un'opportunità che andrebbe offerta in tutti i casi dove non è strettamente necessario l'allontanamento del neonato (46).

L'evidenza clinica (medica e psicologica) dei benefici derivanti dall'agevolare e favorire il contatto precoce e continuato tra il neonato e la madre sottolinea la necessità di incontro tra i due per il benessere di entrambi.

Il che è assolutamente logico e ragionevole: due esseri viventi - una donna e un neonato, madre e figlio - che hanno trascorso nove mesi di vita intensissimi, in intima e viscerale comunione psico-fisica, possono venire separati l'uno dall'altro ed allontanati a seguito del parto (che già di per sé rappresenta una separazione), quando massimo è il loro bisogno di riconoscersi, faccia a faccia, e di ricostituire quella vicinanza di men-

ti e di corpi che ha costituito l'intera loro esperienza pregressa comune?

*E' la stessa madre, è lo stesso figlio, è la stessa relazione che continua*, ma le condizioni sono cambiate; ritorna il legame con la madre, ma il neonato è costretto in una relazione caratterizzata da fattori prima sconosciuti (la forza di gravità, il freddo, l'aria nei polmoni...): il linguaggio della pelle, il conforto tattile, corporeo, sono gli strumenti che la creatura possiede per far fronte alla diversità del rapporto.

“In più del 50% degli ospedali italiani, nonostante le evidenze scientifiche, si separano i genitori dal figlio soprattutto nelle prime due ore di vita” (43): davvero si può pensare che tutto ciò non abbia alcuna conseguenza?

Anche nel caso di nascita pre-termine, evento che spesso implica la lontananza e la separazione tra la madre e il neonato, che resta in patologia neonatale lontano dall'odore, dal calore e dalla voce della sua mamma, sarebbe auspicabile che il neonato potesse restare in intimo contatto con la madre (e, perché no? con il padre) attraverso la *marsupioterapia* (KMC - *Kangaroo Mother Care*). E' davvero curioso come la KMC sia nata in Colombia (1978), prima come soluzione al problema della carenza di incubatrici (!) e poi come espediente per ridurre l'impatto della separazione delle madri dai neonati. Nello specifico spazio-temporale a cui si fa riferimento, si trattava di neonati con un peso inferiore a 1 kg (e con il 50% di probabilità di sopravvivenza): invece di metterli in incubatrice, i pediatri decisero di “impacchettarli” a testa in su tra i seni della madre. Grazie al latte materno, al battito cardiaco, alla voce e alla costante attività della madre, malattia e mortalità subirono un tracollo: nove neonati su dieci sopravvissero.

L'*allattamento* è un momento fondamentale del legame madre-bambino, soprattutto nell'ottica della continuità di tale legame, e rappresenta un valido indicatore del buon instaurarsi della relazione; è “il modo più semplice e naturale per *continuare* e rafforzare il legame madre-bambino iniziato durante la gestazione” (47).

Sempre nell'ottica della continuità relazionale e dell'empowerment delle competenze genitoriali, è possibile affermare che “...già durante la gravidanza si può apprendere che allattare al seno il proprio bambino è cosa semplice e naturale” e che “...l'educazione pre-natale con il potere della conoscenza ha una influenza realmente positiva nel sostegno dell'allattamento al seno” (47).

Abbiamo evidenziato come “il contatto precoce con la madre consente l'ideale adattamento del neonato alla vita extrauterina” (48) e come “la struttura che accoglie la madre e il nascituro dovrebbe offrire alla nuova famiglia la possibilità di incontro e contatto precoci, che danno inizio ai processi di attaccamento (extrauterino, N.d.A.) e lattazione” (48).

Nei momenti immediatamente successivi alla nascita, l'abbraccio della mamma fornisce al neonato il sostegno che gli veniva dal grembo materno: è un contenimento fisico, psicologico e nutritivo.

Come osserva Winnicott, la madre tiene in braccio il suo bambino talora fisicamente, in modo simbolico sempre (49).

Se osserviamo un neonato, molto spesso dopo un vagito, se posto sul ventre materno, interrompe immediatamente il pianto. Gradualmente, se la luce non lo acceca, apre gli occhi, osserva e rivolge lo sguardo verso la fonte del suono: la voce materna. Punta i pugnetti, cerca di sollevare il collo, tenta di sostenere il peso della testa per qualche istante, poi cede e si adagia. Alcune volte si addormenta; altre volte muove il corpo in direzione delle mammelle e inizia il processo di esplorazione del capezzolo. Quando arriva spontaneamente al seno, se non raggiunge il capezzolo, succhia il pollice o la mano in modo vigoroso.

E' meraviglioso osservare l'incontro di mamma e bambino, quando lo si rende possibile, quando non si altera con una gestualità meccanica la naturalezza di questo evento.

L'allattamento è tempo di incontro, di nutrimento psico-fisico, di soddisfazione reciproca. Allattare significa riconoscere una logica originale di scambio (cioè di comunicazione e *relazione*), una logica di domanda-offerta nella relazione tra due soggetti che vivono il bisogno fisico e quello emotivo-affettivo in modo paritetico.

Il neonato ha bisogno della madre, ha bisogno della rassicurante prosecuzione di quella relazione fatta di suoni (su tutti la voce), sapori (il sapore del colostro è affine a quello del liquido amniotico che il feto ha ingerito durante la vita intrauterina), odore e calore materni; la madre, d'altro canto, ha bisogno di proseguire la gratificante esperienza del contenere e del proteggere, del nutrire e del sostenere.

Ma non sembra essere soltanto la dimensione del “bisogno” a caratterizzare il vissuto materno rispetto all'allattamento: la rivista italiana “Le scienze” (2005) riporta una ricerca pubblicata sul “Journal of Neuroscience” del 5 gennaio 2005 ti-

tolando “La maternità è come una droga. La natura ricompensa biologicamente le madri che nutrono i propri piccoli”. Questa ricerca rivela che “le scansioni cerebrali di ratti esposti alla cocaina sono indistinguibili da quelle delle madri che allattano i piccoli, supportando l'idea che la natura - e l'evoluzione - offra una ricompensa alle madri che nutrono i propri piccoli. Lo studio potrebbe aiutare a comprendere meglio il legame madre-figlio anche negli esseri umani”. Si tratta di attendere che la scienza dia spessore sperimentale alla comprensione clinica e psicologica della chiara “funzionalità” del comportamento di allattamento, che permane nella specie umana da sempre, come scelta “vincente” della specie umana quindi, da un punto di vista non solo medico e psicologico, ma anche evoluzionistico.

Vi è dunque la dimensione del bisogno di allattare-nutrire e dell'essere allattati-nutriti, vi è la dimensione dell' “opportunità” e della “correttezza” evoluzionistica di tale comportamento, e vi è anche la dimensione della competenza ad allattare e ad essere allattati.

“Non ci sono dubbi. Tutte le donne possono allattare. Il latte arriverà senza alcuno sforzo” (47); e ancora “non ha nessun significato preparare il seno, è già pronto alla sua funzione” (47).

Certamente spesso le puerpere riportano uno stato d'animo governato da smarrimento, con sentimenti di autocolpevolezza e inadeguatezza; espressioni comuni sono “ma questo è normale?”, “ma sarò all'altezza?”, “sarò capace?”, “come farò ad accudire mio figlio?”.

Ancora una volta ci viene in aiuto una frase di Tosoni (43): “La donna va rassicurata, ha bisogno di essere sostenuta e condotta ad un ruolo di madre e ad una ricerca interiore di tutte le potenzialità che già possiede geneticamente”. E ancora: “E' importante sostenere la competenza materna attraverso il processo di empowerment (potenziamento) della donna stessa, promuovendo consapevolezza- indipendenza e autonomia”.

Anche il neonato è competente, perché ricerca attivamente il seno materno, guidato - come abbiamo visto - dall'olfatto; addirittura ponendo un reggiseno utilizzato dalla madre e uno pulito ai due lati della testa di un neonato, questi si volterà più spesso verso il lato del reggiseno utilizzato. Questo già a pochi giorni dalla nascita (50). Nelle prime ore dopo il parto i livelli di noradrenalina nel neonato sono molto alti, per l'attivazione di una speciale zona del cervello primitivo (*locus ceruleus*) (51), che ha strette connessioni con il bulbo olfattorio. Alla nascita l'odore del-

la madre (e con il suo anche quello del liquido amniotico e *del seno*) è già familiare e questa familiarità indubbiamente gioca un ruolo fondamentale nell'adattamento alla vita extrauterina (52).

Il neonato sa succhiare il latte materno e lo fa istintivamente, senza bisogno di apprendimento alcuno. “(i neonati) La prima volta che vengono avvicinati al petto della madre succhiano e respirano in perfetta sincronia” (50).

La competenza materna affermata nella “capacità di allattare” e quella del neonato di nutrirsi al seno materno, compensano il senso di perdita sperimentato con il parto; l'allattamento è il legame viscerale ritrovato, nel quale è avvenuto un processo di maturazione, una *trasformazione della relazione*, che *continua* così ad esistere.

## 7. Quando il neonato non è uno sconosciuto...

“Spesso si nega che il feto sia una persona perché si associa questa idea a quella di autocoscienza, dimenticando che l'autocoscienza (così come la bellezza, l'età, il censo, il linguaggio, la razza) è un attributo (la filosofia li chiamerebbe accidenti). La sostanza della persona è un'altra: è il far parte come individuo di quel livello della natura in cui si è in grado di poter cercare il significato di sé e della realtà. “In grado” (in potenza) significa che magari ora come ora non è possibile (proprio come quando dormiamo), ma se le condizioni cambiassero lo sarebbe. (...) E' l'alba dell'io. Di quell' “io”, il nostro “io”, già presente dal concepimento” (35).

La parola chiave di questo paragrafo è “sintonia”. Questo termine deriva dal greco *syntonía*, composto di *syn* “insieme” e di un derivato di *tónos* “tono”. Il significato letterale è quindi “stesso tono”, cioè accordo, armonia.

L'armonia, intesa come “essere sulla stessa lunghezza d'onda”, è esattamente quel che si verifica quando il neonato che la madre ed il padre si trovano ad incontrare dopo il parto *non è uno sconosciuto*, perché con lui si sono intessuti rapporti e relazioni *pre-natali* significative.

Il primo incontro faccia a faccia, i primi sguardi del neonato (che Ajuriaguerra ha sapientemente compreso essere costituiti da due “componenti”: lo “sguardo-visione” e lo “sguardo-sortilegio”, che “strega” i genitori) (53) rivolti alla madre, sanciranno il *ritrovare* qualcuno che già si conosce e che, finalmente, si può conoscere anche nella dimensione corporea e visiva.

Creare armonia e sintonia con qualcuno che non si conosce non è facile, perché ci vuole un percorso a volte anche lungo e laborioso per entrare in contatto e in relazione l'un con l'altro; è il periodo dell'avvicinamento e dell'ascolto, della comprensione di qualcuno che è altro-da-noi e che va scoperto nella sua irripetibile identità.

E' il periodo degli “aggiustamenti”, dei tentativi di scambio efficace, è un po' come fare le prove per un importante concerto; gli strumenti vanno accordati perché il loro suono sia nell'insieme armonico, i musicisti devono “entrare in sintonia” l'un con l'altro e conoscersi nei rispettivi stili e modalità di esecuzione, altrimenti uno accelera, l'altro rallenta e il terzo tiene la nota quando gli altri la cambiano.

Risultato: una cacofonia sgradevole all'orecchio e un bel po' di lavoro da fare insieme per raggiungere un equilibrio.

E' esattamente la stessa cosa che accade ad un neonato e ai suoi genitori da dopo il parto in avanti: se non vi è stata comunicazione, interazione, comprensione e reciproca conoscenza durante la gravidanza, il neonato risulta essere uno sconosciuto per sua madre e suo padre. Cosa gli piacerà e cosa no? Come andrà cullato per calmare quel *pianto che non si riesce a capire?* Dorme poco/dorme tanto: è strano? (*ma durante la gravidanza com'erano i suoi movimenti?*). Alla sera non si addormenta mai (*e magari per nove mesi la mamma ha lavorato fino a tarda sera abituandolo a questi ritmi di sonno/veglia...*).

E così via, una serie di “incomunicabilità” che rendono difficile comprendersi perché non ci si conosce, perché quel neonato è in realtà uno sconosciuto di cui nulla si sa, né del suo temperamento, né dei suoi gusti, né delle sue preferenze musicali, né della sua vivacità, né di altro.

E' esattamente in situazioni come queste che si evidenzia come un'adeguata assistenza e sostegno durante la gravidanza possa fare la differenza, aiutando genitori e feto a conoscersi e a comunicare l'un con l'altro già durante i primi mesi di gestazione.

## Riferimenti bibliografici

1. Attili G. Attaccamenti organizzati e attaccamenti atipici: il caso di D e A/C. *Terapia Familiare*, 2000; 62: 71-81.
2. Main M, Solomon J. Discovery of a disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton TB, Yogman MN. (a cura di), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex, 1986; 95-124.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M.T., Cicchetti, D. & Cummings, E.M. (Eds), *At-*



- tachment in the preschool years (121-160). Chicago: University of Chicago Press, 1990.
4. George C, Main M. Social interactions of young abused children: approach, avoidance and aggression. *Child Development*, 1990; 50: 306-318.
  5. Crittenden PM. Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 1985; 26: 85-96.
  6. Atili G. *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*. Milano, Unicopli, 2001.
  7. Nava MB. Stili di attaccamento, strategie di coping e meccanismi di dissociazione psichica nel bambino maltrattato. Tesi di Laurea in Psicologia, non pubblicata. Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 2002.
  8. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1993; 66: 167-183.
  9. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1975; 4: 143-153.
  10. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 1993; 15: 199-215.
  11. Katz-Rothman B. The tentative pregnancy: How amniocentesis changes the experience of motherhood (2nd ed.). New York: W. W. Norton & Company, 1993.
  12. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 1981; 30: 281-284.
  13. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2002; 20: 253-266.
  14. Bretherton I. Attachment theory: retrospect and prospect. In Bretherton, I. & Waters, E. (Eds), *Growing points in attachment theory*. Monographs for the society for research in child development, 1985; 3-39. Serial No. 209, 50.
  15. Bowlby J. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988.
  16. Siddiqui A, Hägglöf B, Eisemann M. Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2000; 18: 67-74.
  17. Mikulincer M, Florian V. Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy - The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1999; 18: 255-276.
  18. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In Bretherton I, Waters E. (a cura di), *Growing Points of attachment theory and research*, Monography of the society for research in child development, 1985; Serie 209, vol. 50, Nos. 1-2, 66-104. (Trad.it. La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nella vita adulta: il livello rappresentazionale. In Riva Prugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo psicologico del bambino*. Milano: Cortina (1993).
  19. Speckhard A. Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. In Figley CR, Bride BE, Mazza N, (Eds), *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington: Taylor & Francis, 1997; 67-100.
  20. Caccia N, Johnson JM, Robinson GE, Barna T. Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: Chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991; 1122-1125.
  21. Grace JT. Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 1989; 38: 228-232.
  22. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002; 34: 339-345.
  23. Condon JT. The parental foetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1985; 4: 271-284.
  24. Damato EG. Maternal attachment in twin pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2000; 29: 598-605.
  25. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 2001; 24: 203-217.
  26. Bloom KC. The development of attachment behaviours in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 1995; 44: 284-289.
  27. Heidrich SM, Cranley MS. Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 1989; 38: 81-84.
  28. Reading AE, Cox DN, Sledmere CM, Campbell S. Psychological changes over the course of pregnancy: A study of attitudes toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, 1984; 3: 211-221.
  29. Dowling ALS, Martz GU, Leonard JL, Zoeller RT. Acute changes in maternal thyroid hormone induce rapid and transient changes in gene expression in fetal rat brain. *Journal of Neuroscience*, 2000; 20: 2255-2265.
  30. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 1994; 6: 533-549.
  31. Schore AN. The neurobiology of attachment and early personality Organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2002; 16 (3), Spring.
  32. Farrant G. *Cellular Consciousness and Conception*. Pre- & Perinatal Psychology News, 1988; vol 2, issue 2 (Summer).
  33. Kennedy G. *Prenatal and Birth Therapy. Healing our Earliest Wounds from Conception to Birth*, <http://www.positivehealth.com>.
  34. LaGoy L. An imprint for life, <http://www.primalpage.com/lagoy.htm>.
  35. Bellieni CV. *L'alba dell'Io. Dolore, desideri, sogno, memoria del feto*. Società Editrice Fiorentina, 2004.
  36. Cox GF, Burger J, Lip V, Mau UA, Sperling K, Wu BL, Hors- themke B. Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *American Journal of Human Genetics*, 2002; 71 (1): 162-4.
  37. Falls JG, Pulford DJ, Wylie AA, Jirtle RL. Genomic imprinting: implications for human disease. Review. *American Journal of Pathology*. 1999; 154: 635-47.
  38. Nava MB. La terapia del canguro. *Educare.it - Rivista on line sui grandi temi dell'educazione*, in Studi e riflessioni - Sezione "Per una pedagogia della prenatalità", 2004; 4: 10.
  39. Soldera G. Vita prenatale e ruolo dei genitori. In [http://www.careperinatologia.it/news/lavori/vita\\_prenatale/vita.html](http://www.careperinatologia.it/news/lavori/vita_prenatale/vita.html) - VITA, 2000.
  40. Soldera G. *Psicologia Prenatale e genitorialità. Relazione al Corso di aggiornamento Accogliere un bambino in ospedale oggi: genitorialità e benessere*. Mirano Veneto, 2000.
  41. Niederhofer H, Reiter A. Lo stress materno prenatale e i movimenti fetali prenatali influenzano i fattori temperamentali nella prima infanzia e il rendimento scolastico all'età di sei anni. *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, 2004; 4 (6): 27-29.
  42. Righetti PL. *Elementi di Psicologia Prenatale*, Magi Editore, Roma, 2003.
  43. Tosoni L. La endo ed esogestazione. Dispensa del Corso ANPEP di Educazione Prenatale, Verona, 2004.
  44. Soldera G. *La Psicologia e l'educazione Prenatale*. In [http://www.anpep.it/ed\\_pre.html](http://www.anpep.it/ed_pre.html), 2000.
  45. Soldera G. *Genitorialità e vita prenatale*. Dispensa del Corso ANPEP di Psicologia Prenatale, Verona, 2004.
  46. Davanzo R. Il rooming-in. In: AA.VV. *L'allattamento al seno del tuo bambino. Come e perché*. Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003; pag. 5.
  47. Di Lorenzo G, Roascio RE. *Gravidanza e allattamento materno*. In: AA. VV. *L'allattamento al seno del tuo bambino. Come e perché*. Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003; pag. 1.
  48. Audino G. *Contatto precoce (da subito) entro le due ore - pelle a pelle*. In: AA.VV. *L'allattamento al seno del tuo bambino. Come e perché*. Editeam Gruppo Editoriale, Cento (Fe), 2003; pag. 3.
  49. Marozzi Bonzi P. Piano di lavoro del Centro di Aiuto alla Vita (CAV) Mangiagalli e del Consultorio Familiare Genitori oggi per l'anno sociale 2002-2003, 2002.
  50. Chamberlain D. *I bambini ricordano la nascita*. Bonomi Editore, Pavia, 1998.
  51. Hepper PG. Human fetal olfactory learning. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Medicine*, 1995; 7: 147-151.
  52. Giustardi A. *Dal neonato al bambino*. Dispensa del Corso di Educazione Prenatale ANPEP, Verona, 2004.
  53. Nava MB. *Vedere per crescere: il significato funzionale e relazionale della stimolazione visiva nel neonato*, *Educare.it - Rivista on line sui grandi temi dell'educazione*, in Articoli, 2003; 3: 5.

# La clinica della genitorialità osservata dal neonatologo

Nicola Romeo

U.O. T.I.N.-Neonatologia, AUSL Rimini

**S**ebbene sia noto come il processo di costruzione del ruolo genitoriale di madre e di padre si avvii già durante i nove mesi della gravidanza, è il momento della nascita a rappresentare per entrambi i genitori un momento di “crisi” caratterizzato dal profondo cambiamento della propria identità e permeato da un profondo ed intimo coinvolgimento emotivo (1-3).

Questo cambiamento è vissuto in maniera più intensa da chi vive questa esperienza per la prima volta. Infatti, all'arrivo del nuovo nato la coppia deve riorganizzare i tempi e gli spazi fisici della propria vita ed è chiamata, soprattutto a livello mentale, ad accogliere il bambino trasformandosi da coppia a triade (4-6).

Nell'arco di una generazione si sono trasformati i cicli della vita familiare, si sono profondamente modificati i ruoli sia femminile che maschile ed i compiti genitoriali oltre agli stili educativi (7).

Focalizzando l'attenzione alle fasi iniziali dell'esperienza genitoriale è importante sottolineare come oggi, con la scomparsa della cosiddetta famiglia allargata, vi sia una tendenza a vivere l'esperienza della maternità all'interno del rapporto di coppia, escludendo le famiglie di origine (8). Ciò sembra trovare conferma in un recente studio qualitativo condotto, presso il reparto di Ostetricia del Policlinico Universitario di Firenze (9), per meglio comprendere l'esperienza soggettiva della maternità in un gruppo di 24 mamme i cui bambini avevano un'età compresa tra i tre e gli otto mesi, erano nati sani e non presentavano problemi di sviluppo. L'età media del campione di donne che hanno partecipato allo studio era di 31 anni, con una scolarità media di 14 anni e di queste il 50% erano occupate. Il 62% delle donne erano coniugate, le restanti erano con-

viventi. Il 92% del campione era rappresentato da primipare.

Si sono raccolte le emozioni e le convinzioni che le donne avevano riguardo la gravidanza ed il periodo successivo al parto ed in particolare i temi trattati nei 5 focus group condotti sono stati: i sentimenti di soddisfazione o d'infelicità durante la gravidanza ed il parto, la conoscenza della depressione post partum e le possibili aree di miglioramento nei servizi sanitari dedicati all'assistenza durante tutto il percorso nascita. Ebbene, sia durante la gravidanza che nel post partum le donne indicano come prevalente sentimento di soddisfazione il supporto del partner individuando questa figura come la più importante per aiutarle ad affrontare il compito materno. Dopo il parto le donne indicano come fattore principale di soddisfazione la capacità del partner di condividere i cambiamenti che avvengono nella coppia dopo il parto.

Ovviamente, grande importanza per un pieno sentimento di soddisfazione riveste pure lo stabilirsi di una buona relazione con il proprio bambino correlata per più con la riuscita dell'allattamento al seno.

Nello stesso studio le donne indicano tra i sentimenti d'infelicità, prima del parto, principalmente le paure e le preoccupazioni per l'andamento della gravidanza ed a seguire eventuali contrasti con il partner intesi soprattutto come differente atteggiamento nei confronti della gravidanza.

Nel post partum, invece, il sentimento predominante riferito dalle donne è quello della inadeguatezza nell'acquisizione sia del nuovo ruolo materno che della responsabilità che si avverte nei confronti dell'accudimento e del benessere del proprio bambino.

Queste incertezze nell'acquisire il ruolo materno coincidono con la percezione delle donne di essere lasciate sole nella cura del loro bambino sia da parte del partner sia da parte delle strutture sanitarie.

La critica rivolta dalle donne nei confronti del servizio sanitario si riassume nell'evidente discrepanza tra la ridondanza dei servizi loro offerti durante la gravidanza ed il quasi nulla che caratterizza il periodo immediatamente successivo al parto.

Nelle conclusioni di questo studio, gli Autori attribuiscono questa esperienza di solitudine riferita dalle mamme alla crisi del modello materno tradizionale. La scomparsa della famiglia allargata ed il fallimento del tentativo di "maternalizzazione" della figura paterna spingono le donne a cercare negli operatori sanitari quelle informazioni, l'assistenza ed il supporto necessario per affrontare ed acquisire il nuovo ruolo materno.

Dall'osservatorio neonatologico, sulla base di quanto emerge dagli studi psicoanalitici sul nuovo ruolo genitoriale nell'attuale contesto sociale, si rafforza il convincimento che i servizi sanitari impegnati ad erogare l'assistenza lungo l'intero percorso nascita devono centrare quegli obiettivi chiaramente indicati nella normativa vigente (Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.), parte integrante del P.S.N. 98/00) (10).

Alcune tappe del percorso assistenziale sono, a mio avviso, fondamentali per offrire servizi qualitativamente adeguati in grado di rispondere ai variegati bisogni delle coppie che a noi si rivolgono lungo questo articolato, complesso ma anche affascinante percorso nascita. Provo ad indicarne le principali:

a) l'importanza attribuita ai corsi di accompagnamento alla nascita è ormai un dato acquisito. Le modalità con cui questi corsi si svolgono non sono standardizzate. A mio avviso, è comunque importante prevedere sempre almeno un incontro dei gruppi di madri e padri con gli operatori del punto nascita non solo per le informazioni che potranno ricevere a riguardo delle prassi assistenziali rivolte alle mamme ed ai neonati ma, soprattutto, per la possibilità offerta alla coppia di "familiarizzare" con gli ambienti ed il personale che incontreranno da lì a poco tempo nella fase cru-

ciale di tutto il percorso rappresentata dal momento della nascita.

- b) Organizzare l'assistenza alla nascita ed all'inizio del puerperio in modo da tutelare lo stato di salute di madre e neonato ma anche garantendo alla coppia ed al loro bambino di non essere disturbati nell'inizio della loro relazione così piena di intense e personali emozioni. Questo inizio della relazione tra i genitori ed il loro bambino va facilitata (aspetti organizzativi) e sostenuta dal personale dell'area ostetrico neonatale con atteggiamenti e comportamenti adeguati. Ciò vuol dire che tutto il personale di assistenza deve avere chiari gli obiettivi assistenziali, deve saper governare i cosiddetti aspetti tecnicistici dell'assistenza ma deve anche conoscere le nozioni basilari della comunicazione al fine di poter trasmettere alle donne i messaggi "educativi" ma anche saper cogliere i segnali di allarme per un'iniziale disturbo della relazione madre-padre-neonato.
- c) Il momento della dimissione dall'Ospedale rappresenta, come abbiamo visto, un momento critico per la mamma specie se alla prima esperienza. Ecco perché è importante accompagnarle in modo adeguato ed attento durante tutto il periodo della degenza post partum. Facilitare il contatto precoce pelle a pelle e l'inizio dell'attaccamento al seno subito dopo il parto, così come l'attuazione del "rooming-in" 24/24 ore, rappresentano sicuramente fattori facilitanti l'acquisizione del ruolo genitoriale, soprattutto quello materno che richiede tempo e supporto adeguato. Tuttavia, anche quando tutto sembra essere andato bene il rientro a casa da parte delle mamme rappresenta un momento critico. Questo è noto da tempo e la stessa normativa vigente (P.O.M.I.) prevede, tra le azioni da intraprendere nell'organizzazione dei servizi rivolte al puerperio, di attuare, laddove possibile, almeno una visita domiciliare entro 24-48 ore successive alla dimissione. Oggi, ancora più di ieri, la sostenibilità di tali servizi sembra essere un miraggio, per cui è utile ricorrere all'utilizzo di strumenti che possano in qualche modo individuare il bisogno e rendere così appropriata l'attivazione dei servizi territoriali per il supporto alle puerpere.

La conoscenza da parte degli operatori dei diversi momenti emozionali che vivono le coppie durante tutte le tappe del percorso nascita (gravidanza, parto e puerperio), la capacità di pensare a nuove modalità di erogazione dei servizi assistenziali in grado di soddisfare questo bisogno di sostegno alla genitorialità così diffuso soprattutto nel puerperio, permetteranno di pianificare meglio l'organizzazione assistenziale dei nostri servizi.

Prima di concludere sento il bisogno di condividere con Voi una riflessione personale maturata in questi ultimi anni. Il sostegno alla genitorialità è un bisogno diffuso nella nostra popolazione e non appartiene in modo prevalente ai cittadini non italiani, che pure presentano un elevato rischio socio sanitario e richiedono tutta la nostra attenzione. Penso però che sia arrivata l'ora di affrontare in modo sistemico questo problema del sostegno alla genitorialità con interventi incisivi e ad ampio raggio. Inizierei focalizzando l'attenzione sul disagio giovanile.....i genitori di domani.

## Bibliografia

1. Lis A, Zennaro A. Riflessioni sulla paternità: dalla "transition to fatherhood" ai primi anni di vita del bambino. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 1998; Anno II, n. 3: pp. 385-420.
2. Lis A, Zennaro A, Mazzeschi C, Pinto M. La coppia in attesa del figlio primogenito: primi risultati relativamente alla funzione autoriflessiva (Self-Reflective Function). *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2000; Anno IV, n. 2: pp. 313-329.
3. Erikson E. I cicli della vita. Continuità e mutamenti. Armando, Roma 1999.
4. Stern DN. La costellazione materna. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
5. Bydlowski M. Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità. Pendragon, Bologna 2000.
6. Bydlowski M, Golse B. De le transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation, *Carnet PSY* 2001; 63: pp. 30-34.
7. Lorenz K. Gli otto peccati capitali della nostra civiltà. 1973.
8. Sabbadini L. Gravidanza e parto: una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonista maschile. Roma, ISTAT 2001.
9. Valoriani V, Benvenuti P, Pazzagli A. L'esperienza soggettiva della maternità: un'analisi qualitativa. In: La Sala GB, Iori V, Monti F, Fagandini P (a cura di). La normale complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane. Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA. Milano 2006; pp. 269-287.
10. Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n° 131 del 7 Giugno 2000. Serie generale. Decreto Ministeriale 24 Aprile 2000 adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".



# La culla vuota: rottura e riequilibrio di una genitorialità prematura

Elena Bolis

*Nido, Neonatologia e TIN - Ospedale "F. Del Ponte", Varese*

**I**l progresso tecnologico degli ultimi decenni nell'ambito delle cure intensive neonatali, ha portato ad una sensibile riduzione del tasso di mortalità neonatale, modificando così anche la frequenza e il tipo di morbidità.

I successi prodigiosi ottenuti dalla medicina in ambito perinatale, grazie a cure sempre più sofisticate e l'ausilio dell'alta tecnologia, hanno permesso la sopravvivenza di neonati sempre più piccoli e con patologie più complesse.

Sono emerse tuttavia nuove problematiche ed interrogativi, che pongono oggi al centro dell'attenzione l'outcome e la qualità di vita di questi neonati prematuri, non soltanto da un punto di vista medico, ma anche secondo un'ottica di sviluppo psichico, sociale, relazionale.

La necessità di conoscere la sorte dei figli salvati dalle macchine e l'esigenza di strutturare approcci medico-psicologici atti a garantire ai sopravvissuti uno sviluppo fisico-psichico il più favorevole possibile, ha favorito la produzione di una vasta letteratura sull'argomento.

Al di là dei dati clinici che si stanno accumulando nel corso degli ultimi anni, è il follow-up che proviene dalla storia a fornirci dati più incoraggianti: tra le fila dei nati prematuri si annoverano Keplero, Newton, Thomas Hobbes, Pablo Picasso, Wiston Churchill.

Questi modelli rassicuranti mostrano come il potenziale e le risorse umane del singolo, al di là delle macchine salvifiche, siano infinite e sorprendenti e di come non sia possibile assumere un approccio strettamente deterministico in campo di potenzialità di sviluppo.

La "condizione organica di prematurità" ha perso così progressivamente la sua connotazio-

ne di unicità e centralità nella genesi dei disturbi evolutivi ed è stata contestualizzata in una visione più globale di sviluppo, considerato come la risultanza dell'interazione di più fattori.

Ha assunto grande rilevanza la funzione dell'ambiente socio-affettivo con cui il neonato interagisce sin dai primi momenti: si è riconosciuto come la sua vulnerabilità neurocomportamentale del prematuro possa essere influenzata e modulata in senso facilitante o ostacolante, dall'ambiente che lo circonda, dalle modalità di cura e protezione delle figure primarie.

Sono diventati quindi oggetto di studio le difficoltà genitoriali, i vissuti e le reazioni emotive delle madri alla nascita prematura e si indagano i danni dovuti alla separazione neonatale precoce.

Parlare di prematurità richiede, quindi, il contributo di diversi saperi, in un intrecciarsi di complesse dinamiche psichiche della madre, limiti biologici del bambino, offerta della scienza.

Nell'ottica dell'attaccamento la nascita prematura può avere un impatto drammatico sugli inizi della vita sociale del bambino e sulla costruzione del legame affettivo con la madre, interferendo con la strutturazione del legame di bonding.

In condizioni fisiologiche madre e bambino sperimentano, nei giorni successivi al parto, una dimensione relazionale ed affettiva che permette loro di creare un legame, una connessione, un'intimità. Grazie alla possibilità di un contatto prolungato e continuativo, imparano presto a coordinare i loro comportamenti, a sincronizzarli, ognuno riconoscendo e adattandosi ai ritmi dell'altro. L'esperienza emozionale del bambino si sviluppa in sintonia con gli input dati dalla madre e dal padre. Attraverso i canali di sen-

so con il contatto corporeo, la manipolazione, lo scambio emotivo, mamma e bambino costruiscono insieme un senso di appartenenza reciproca. All'interno della relazione il bambino impara a riconoscersi come individuo e a dare significato a ciò che lo circonda, mentre la madre si riconosce come genitore e, attraverso i feedback che il figlio le restituisce, aumenta il senso di sicurezza e fiducia delle proprie capacità materne. Il bonding è la premessa per una buona relazione e uno sviluppo del bambino e genitoriale favorevole. Una precoce separazione può provocare dei danni spesso irreversibili.

In una nascita prematura i primi rapporti tra la madre e il piccolo prematuro avvengono nel reparto di terapia intensiva neonatale, un ambiente stressante ed ostile per la diade e assai poco favorevole agli scambi relazionali. L'incubatrice, che assicura il mantenimento della temperatura, umidità e concentrazione di ossigeno, costituisce, di fatto, una vera e propria barriera fisica all'interazione fisica e affettiva. In queste condizioni la madre non può compiere quei gesti che portano a prendere confidenza con il proprio ruolo genitoriale e naturalmente all'attaccamento.

La sopravvivenza del proprio figlio è appesa ai fili di macchinari sofisticati e alle cure costanti di specialisti, le modalità e le tempistiche d'accudimento non sono subordinate ai ritmi e alle esigenze relazionali ma determinate dalla struttura ospedaliera.

La forte sensazione di impotenza e inutilità relega i genitori in un vissuto di estraneità, caratterizzato dal sentirsi "visitatori", piuttosto che i reali genitori di quel bambino.

Il carattere altamente tecnico e strumentale dell'ambiente in cui madre e bambino vivono i primi momenti di relazione ha inevitabilmente una forte ripercussione sull'immaginario materno. Con l'entrata in TIN, i pensieri della madre rimangono in massima parte assorbiti da preoccupazioni concrete di carattere medico, centrate sul corpo e sulle problematiche fisiche del bambino, spostando interamente il contesto emotivo dell'elaborazione della relazione agli aspetti più tecnici. Spesso la donna si trova a vivere un bambino indiretto, raccontato dalle parole dei medici e interpretato attraverso i suoni dei monitor: il contatto intimo attraverso lo sguardo e il tatto lascia il posto ad una conoscenza mediata dall'ambiente circostante. Lo spazio dedicato al "prendersi cura" viene ridimensionato in un'ottica di "cura", con una restrizione delle espressioni emotive, fantastiche e simboliche. I primi

contatti relazionali rischiano spesso di caratterizzarsi per un vuoto rappresentativo e una forte coartazione emotiva della madre.

Se pochi sono gli scambi affettivi positivi, l'interazione anche quando è permessa è resa difficile dalla condizione di immaturità e instabilità del neonato che fatica a reagire e tollerare gli stimoli esterni. In generale il bambino pretermine non è un partner sociale ideale in quanto è meno attraente, adattabile e prevedibile di un bambino fisiologico.

Il suo organismo non ha ancora raggiunto la capacità di autoregolazione a causa dell'immaturità neurocomportamentale che lo contraddistingue; per questa ragione, il piccolo non è ancora pronto a ricevere stimoli complessi, quali quelli di natura sociale, motivo per cui, cerca di difendersi adottando strategie di risposte evitanti o disorganizzate. L'assenza di un'organizzazione comportamentale periodica e prevedibile rende, nei primi tempi, più difficile per il neonato adattarsi alle richieste ambientali e, viceversa, rende problematico all'adulto interpretare i suoi segnali. I due sistemi che dovrebbero entrare in comunicazione si trovano in una situazione di squilibrio, in quanto le funzioni dell'uno non sono ancora sufficientemente mature per aprirsi al rapporto e quelle dell'altro non trovano sequenze temporali organizzate nelle quali inserirsi.

Questo alimenta nei genitori il senso di sfiducia nelle proprie capacità di accudimento, accompagnato da un forte senso di frustrazione, sentimenti che disincentivano i tentativi di entrare in relazione con il neonato. L'interazione non garantisce quelle rassicurazioni e incoraggiamenti di cui hanno bisogno per sentirsi confermati e amati dal proprio bambino.

Per quanto riguarda il genitore, la prematurità del bambino può avere un forte impatto traumatico e generare sentimenti di scoraggiamento, di stanchezza, di incredulità, di lutto, elementi tutti che possono interferire con la sensibilità e disponibilità della madre ad entrare in relazione empatica con lui. Bisogna infatti sottolineare come la nascita prematura si inserisca traumaticamente nella vita reale e mentale della coppia, provocando spesso un forte shock emotivo.

L'"evento nascita", spesso atteso come l'apice della tempesta emotiva che l'arrivo di un figlio evoca nella coppia, il momento di verifica delle proprie capacità generative, diviene invece un evento luttuoso che obbliga entrambi a confrontarsi con vissuti di angoscia, dolore, perdita. La prematurità viene così a costituirsi

come un fattore altamente disorganizzante per il funzionamento mentale dei genitori, per la stabilità emozionale, interferendo con i complessi e articolati processi dinamici che portano alla genitorialità.

Il complesso lavoro di destrutturazione e riorganizzazione personale che ogni nascita porta con sé, può, infatti, in questa situazione di criticità, realizzarsi con estrema difficoltà ostacolando l'organizzarsi di una funzione genitoriale favorevole allo sviluppo di un bambino.

La maternità non è, infatti, un sentimento o un'attitudine innata che scatta automaticamente alla nascita, ma piuttosto un sentimento che si sviluppa nel tempo.

Il termine "transizione alla genitorialità" sottolinea la dinamicità di questo processo in un continuo divenire lungo i nove mesi della gestazione fino al primo anno di vita.

Nel corso dei nove mesi, tanto la madre, quanto il figlio, subiscono profondi cambiamenti che li preparano al momento del parto. Mentre il bambino reale si sviluppa fisicamente nell'utero quello immaginario si sviluppa fantasticamente nell'utero psichico della madre e ne anticipa lo sviluppo.

Le trasformazioni emotive e psicologiche che la donna vive in gravidanza sono funzionali all'elaborazione di nuove rappresentazioni mentali relative al sé come madre e al nascituro, con la creazione di uno spazio mentale ed affettivo, dove accogliere, nutrire e far crescere il proprio bambino e la propria dimensione materna. La donna deve compiere quel cruciale passaggio dal ruolo di figlia al ruolo di madre, da "oggetto" di cura a "soggetto" che si prende cura in una progressiva riorganizzazione del suo assetto psichico. Questo processo consente quindi alla donna di riconoscere alla nascita il proprio bambino, investendolo di un amore oggettuale.

In caso di prematurità, la donna interrompe troppo precocemente la gravidanza, in una fase in cui non è ancora psicologicamente pronta a far nascere il proprio figlio e nascere ella stessa come madre.

Il parto improvviso non trova soltanto un bambino prematuro, ma anche una madre impreparata e prematura. Come il bambino non ha raggiunto, infatti, un grado di sviluppo necessario che possa garantirgli la sopravvivenza autonoma, così la donna non ha raggiunto ancora un grado di sviluppo affettivo, mentale, rappresentativo, che le consenta di vivere il suo ruolo di madre.

La nascita prematura amputa quindi la gravidanza, negandone alla madre gli ultimi mesi, tappe psichiche cruciali per la differenziazione e separazione psichica dal bambino.

Spesso, in caso di grossa prematurità, ella sta ancora attraversando una fase simbiotica, dove gli esatti confini tra il sé e il nascituro non sono chiaramente percepiti. Il figlio è ancora vissuto come un prolungamento del sé narcisistico e la creazione dell'immagine come persona distinta e indipendente è in uno stato di abbozzo, così come la propria immagine materna.

Inoltre negli ultimi mesi di una gravidanza fisiologica vi è normalmente una progressiva riduzione delle rappresentazioni, forse come difesa della madre contro l'inevitabile discordanza tra le proprie fantasie e l'imminente realtà del nascituro. Il neonato prima del termine corrisponde invece ancora, nella mente della madre, ad un'immagine molto idealizzata e perfetta di bambino, che racchiude in sé gli ideali dell'Io della gestante. Il colmare il divario tra ideale e reale richiede alla donna un lungo e costoso processo di elaborazione.

La rapidità del parto, provoca un passaggio troppo brusco ed inaspettato da una sensazione di pienezza e perfezione a quello di "contenitore privo d'oggetto", creando una situazione di shock. La mente infatti non riesce ad adattarsi altrettanto velocemente alla realtà e questo genera vissuti di disorientamento, estraneità, confusione, con la sensazione di avere "pancia e le braccia vuote".

La madre finisce spesso per provare un profondo senso di insoddisfazione, di delusione rispetto alle aspettative, un senso di incompletezza. Sente, infatti, di non essere riuscita a portare a termine il suo compito generativo, di non aver saputo creare quel "bambino bellissimo" corrispondente al proprio ideale. La nascita è caratterizzata da un forte senso di fallimento e vissuta come una profonda ferita narcisistica. Il bambino che ha lasciato l'utero materno troppo precocemente, è un bambino non finito, un bambino imperfetto, che verrà protetto e completato in altri luoghi da persone più competenti, pronte a riparare ciò che lei non è stata in grado di fare. Questo sentimento di inadeguatezza viene proiettato sulla percezione della propria capacità di essere genitori quasi come se le competenze genitoriali fossero direttamente correlate a quelle generative. Non aver saputo trattenere, contenere, proteggere in utero, equivarrebbe a non sapere accudire fuori dall'utero.

Si viene così a costituire un doppio lutto: quello legato alla perdita del bambino immaginario, ideale e quello dell'immagine di sé come "buon genitore" portatore di vita.

Il figlio che si trova davanti è ben diverso dal bambino ideale che ha costellato l'immaginario materno durante la gravidanza: il neonato che le si presenta sembra concretizzare i fantasmi di mutilazione, deformità e morte, fonte di angoscia in gravidanza. Molte donne hanno una fase iniziale di rifiuto o sentimenti molto ambivalenti nei confronti del bambino prematuro: da un lato angoscia e preoccupazione per la sua sopravvivenza, dall'altro delusione e frustrazione.

Il bambino viene vissuto con una doppia simbologia: come pericoloso per l'incolumità psichica del genitore e contemporaneamente in pericolo e quindi oggetto di preoccupazione dello stesso.

La madre trova spesso difficoltà nel riconoscere in quel bambino il proprio figlio, frutto di un personale progetto familiare. La nascita prematura si configura come brusca rottura rispetto alle attese e alle aspettative con una difficoltà a collocare e accogliere il neonato all'interno della propria storia familiare. La donna non riuscirebbe, infatti, nel difficile compito di disinvestire il bambino della gravidanza per reinvestire i medesimi sentimenti su quello che si trova davanti.

La rottura con il passato relega la neo famiglia in un presente ritualizzato di giorno in giorno, che assorbe il passato e il futuro in una sorta di atemporalità. Entrambi i genitori si sentono sospesi in uno stato di incertezza, dovendosi accontentare di prognosi temporanee e indefinite, nell'impossibilità medica di fare previsioni precise su eventuali sequele neurologiche e deficit permanenti. Il vissuto di precarietà e incertezza che contraddistingue il primo periodo, agisce arrestando la dimensione fantasmatica materna e la progettualità futura: vi è un'incapacità a creare uno spazio mentale per "sentire" e "pensare" il bambino. Insieme al bambino ideale si perde anche la libertà di pregustare in anticipo il suo futuro e quello familiare. I genitori si trovano paralizzati in un "qui ed ora" pregno di angoscia e paura di morte.

Vi è una posticipazione dell'investimento affettivo, per proteggersi dal dolore della perdita e limitare l'angoscia del possibile lutto. Per scaramanzia non si fanno i preparativi per il ritorno a casa, in una sorta di "lutto anticipato". La nascita pretermine diviene, in alcuni casi, solo un atto medico: dovrà avvenire una seconda nascita con la dimissione.

Questo spostare il "tempo" dell'investimento genitoriale e della ripresa emotiva rappresenta un atteggiamento difensivo volto a proteggere la madre dalla paura della perdita del bambino, dal rischio di "cadere" in uno stato psicologico di insicurezza, depressione e apatia. Se inizialmente può essere una modalità funzionale, che permette un adattamento graduale alla realtà, se protratto nel tempo, può portare a difficoltà nel trovare una sintonia empatica con il proprio bambino, a rintracciare quei fili relazionali e rappresentazionali interrotti bruscamente dalla nascita prematura.

Sentimento comune, che rappresenta un passaggio cruciale nell'elaborazione del lutto, è la rabbia, sentimento spesso proiettato verso bersagli diversi: l'équipe medica, attraverso aggressioni o meccanismi svalutanti, verso il bambino che ha deluso aspettative del genitore e li ha relegati in una condizione di sofferenza, verso il destino o persone esterne ritenute più fortunate. La rabbia talvolta viene introiettata portando spesso ad un aumento dei sentimenti depressivi, sensi di colpa e di inadeguatezza.

Dobbiamo sottolineare come, nonostante dalle storie singole possano emergere vissuti e tratti comuni, ogni genitore reagisce alla nascita prematura del proprio figlio con modalità e tempistiche che lo caratterizzano: non tutti provano le medesime angosce, mettono in campo le stesse difese, né tutti conservano le stesse tracce di questo sconvolgimento.

Le reazioni dipendono sia dalla propria storia di sviluppo - rapporto con i genitori e stile di attaccamento - sia dalla situazione attuale - struttura di personalità, capacità di coping, rapporto di coppia, sostegno familiare.

Nella migliore delle ipotesi il trauma, il rifiuto, la rabbia, le colpevolizzazioni sono funzionali all'accettazione della realtà, poiché danno il tempo per metabolizzarla assorbendo l'evento traumatico gradualmente. Il processo di lutto implica, quindi, fasi che portano progressivamente alla mobilitazione delle risorse personali e alla ristrutturazione e riorganizzazione cognitiva.

Alcune madri si rivelano capaci di elaborare l'accaduto e di stabilire con il bambino legami di attaccamento sicuri ed empatici. Queste madri riescono a reinvestire su se stesse in quanto buoni genitori, capaci di amare e di prendersi cura del loro bambino come oggetto di amore.

Quando invece queste emozioni si cristallizzano impediscono alla madre di reagire in modo funzionale, diventano quindi patologiche.



che, continuando ad influenzare l'atteggiamento del genitore verso il figlio anche a diversi anni di distanza.

Il processo di lutto mal elaborato, i meccanismi di difesa, possono rendere estremamente difficile affrontare la realtà di malattia del figlio, portando all'assunzione di comportamenti e stili genitoriali non favorevoli al potenziale di sviluppo del bambino.

Alcuni genitori rimangono a tal punto intrappolati nel fantasma della prematurità, da non riuscire a stabilire una relazione armonica con il proprio figlio, con la tendenza a sviluppare rapporti sbilanciati in termini di distanza-vicinanza affettiva. In alcuni casi si strutturano dinamiche relazionali iperprotettive ed estremamente invischianti, all'estremo opposto, atteggiamenti distanzianti, rifiutanti.

In generale la non completa integrazione del trauma rischia di rendere l'etichetta di neonato prematuro un marchio indelebile per tutta la vita, nucleo attorno al quale si organizzeranno le successive rappresentazioni del figlio, il legame di attaccamento e il proprio stile genitoriale.

La visione del figlio non sarebbe tanto basata sul riconoscimento del bambino reale, ma sulle necessità affettive, riparatorie, sulle paure, sui conflitti materni.

Il bambino reale faticherebbe a trovare uno spazio mentale genitoriale entro il quale collocarsi, nel quale sentirsi riconosciuto ed accettato per quelli che sono i propri limiti, ma anche per le proprie risorse. Tanto più il bambino reale viene oscurato dalle fantasie, paure, idealizzazioni genitoriali, tanto più i suoi bisogni saranno disattesi.

L'incapacità di alcune madri a decentrarsi in favore della prospettiva del figlio, ad attuare quello spostamento dell'investimento da sé all'"Altro", impedisce in definitiva di dare e riconoscere piena soggettività al bambino, processo che implica l'accettazione delle sue necessità, diverse dalle proprie.

"Sembra talvolta che ci sia in queste madri una difficoltà a delimitare degli esatti confini tra il sé e il bambino, e a distinguere aspetti del neonato da vissuti che sono propri. La presa di coscienza di quanto riguarda il mondo interiore della madre distintamente dal bambino, la differenziazione tra il figlio, la sua sofferenza i suoi bisogni e se stesse, si pone come aspetto molto significativo per l'attuazione del processo di separazione-individuazione così diffi-

cile da ottenere in caso di nascita prematura" (Negri R, 1998).

Verrebbe così a mancare la possibilità di creare una relazione autentica, un rapporto basato sulla capacità di regressione, identificazione, sintonizzazione affettiva con il mondo interiore del bambino, processi che permettono al genitore di "vederlo" per ciò che è realmente e "sentirlo" per quelli che sono i suoi effettivi bisogni e necessità.

Tale situazione affettiva può portare spesso ad uno sbilanciamento dell'investimento sul figlio: se da un punto di vista operativo il bambino è iperinvestito, con un'attenzione verso il "fare" e un'eccessiva razionalizzazione delle cure, dall'altro c'è un'incapacità a calarsi in una dimensione dello "stare" e "sentire", con un investimento empatico e una risonanza affettiva limitata. Questo rischia di provocare grossi danni evolutivi al figlio.

Una visione reale del bambino porta, infatti, a proporre all'interno della relazione, stimolazioni adeguate e favorevoli al suo sviluppo, riconoscendo le sue capacità e competenze ma anche le sue difficoltà e limiti.

Una visione basata sulle proprie aspettative ed esigenze emotive, non permette, invece, il rispetto dei tempi di sviluppo. La sovra-stimolazione genitoriale a cui vanno incontro alcuni bambini prematuri, sembrerebbe più funzionale ad esorcizzare fantasmi e paure di menomazioni psichiche del proprio figlio, che a favorire il suo sviluppo.

Queste riflessioni evidenziano la necessità, nel processo di cura del pretermine, di una presa in carico anche genitoriale, considerando l'ambiente familiare che circonda e si prenderà cura del bambino un fattore prognostico fondamentale per il suo sviluppo.

La guarigione fisica, infatti, non corrisponde necessariamente a quella psichica: un bambino non guarisce completamente fino a quando la sua identità di malato non viene rimossa dalla mente dei genitori, i quali devono iniziare a conoscerlo e a ricostruire la sua nuova identità.

## Bibliografia

1. Affleck G, Tennen H, Rowe J. Mothers, fathers and the crisis of the newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal* 1990; 11: 12-25.
2. Carel A. Il neonato a rischio e i suoi genitori. In: E. Kestemberg (a cura di). *Il bambino prematuro. I rischi dello sviluppo*. 1977; pp. 75-97. Trad. it. La Nuova Italia 1981.

3. Dell'Antonio A, Paludetto R. Il bambino nato pretermine. Armando, Roma 1987.
  4. Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M. Figli delle macchine. Masson 1992.
  5. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity. *Pediatrics* 2006; 118 (1): 107-114.
  6. Giannotti A et al. Equilibrio e rottura dell'equilibrio tra fantasie inconscie dei genitori e sviluppo normale e patologico del bambino. In: *Fantasie dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla Editore 1989.
  7. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Wirthaut J, Ohrmann P, Heming-Franz I, Klockenbusch W, Harms E, Arolt V. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal Psychosomatic Research* 2004; 57 (5): 473-476.
  8. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 2005; 115 (4): 915-919.
  9. Lebovici. Il neonato, la madre e lo psicanalista: le interazioni precoci. Borla Editore 1998.
  10. Negri R. Il neonato in terapia intensiva. Cortina, Milano 1994.
  11. Pazzagli A, Benvenuti P, Guerrini O e Degli Innocenti (a cura di) "Bambini e genitori. Attaccamento e psicopatologia". Loggia De Lanzi, Firenze 1995.
  12. Singer LT et al. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant, *JAMA* 2003; 281: 799-805.
-

# Scelti per voi

## Una panoramica sulla più recente letteratura in tema di... ...supplementazioni e profilassi vitaminiche

A cura di Francesco Tandoi

Collaboratori  
Arianna De Martino, Lorenzo Giacchetti

### **The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in pre-term and term neonates. A systematic literature review**

*Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, van Lingen RA, Gessler P, McDougall J, Nelle M. European Journal of Pain 2007; (11): 139-152.*

Il controllo del dolore in Neonatologia rappresenta un punto centrale nell'ambito degli approcci terapeutici al neonato critico. Sono numerosi gli studi che enumerano le procedure dolorose cui è sottoposto un neonato pretermine durante la fase di ospedalizzazione oltre ad alcune condizioni morbose che sono causa di dolore cronico. Sono altrettanti gli studi che evidenziano come un controllo del dolore non adeguato può avere rilevanti effetti negativi sull'outcome neurocomportamentale a lungo termine. In considerazione del limitato numero di oppioidi o benzodiazepine utilizzabili in Neonatologia, appare opportuno, quindi, considerare, a supporto dei trattamenti convenzionali, anche le tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore. Questa revisione rivolge la propria attenzione nei confronti della corrente letteratura al fine di verificare le evidenze (13 studi e due metanalisi) circa una serie di procedure che si sono imposte negli anni come metodi analgesici non convenzionali. Sono state prese in considerazione procedure quali la suzione non nutritiva, la musica, le tecniche posturali e di contenimento, la stimolazione olfattiva e multisensoriale, la marsupio-terapia. E' stata omessa l'analgesia con soluzione glucosata in quanto i suoi effetti sono ampia-

mente documentati e validati dalla letteratura.

Volendo riassumere, gli interventi maggiormente efficaci, si sono dimostrati la suzione non nutritiva e le tecniche posturali o di contenimento, sebbene tutte le tecniche, contestualmente agli obiettivi in studio, hanno evidenziato un certo grado di efficacia. Permangono, tuttavia, questioni metodologiche (fra cui, la scelta degli strumenti più appropriati per la rilevazione del dolore, la strutturazione degli studi in cieco, la numerosità dei campioni in analisi, la mancanza di standardizzazione di alcune procedure) che, per alcuni studi in particolare, rendono problematica l'interpretazione o il confronto dei risultati. Di rilievo appare, inoltre, la conclusione a cui giunge la revisione per cui, per alcune procedure, l'efficacia maggiore sia espressa prevalentemente nei neonati a termine piuttosto che nei pretermine.

Gli Autori concludono che, allo stato attuale delle conoscenze, la maggior parte dei suddetti interventi non farmacologici per il controllo del dolore, fornisce un certo grado di beneficio ai neonati sottoposti a procedure dolorose; tuttavia per tutte le procedure esaminate non sussistono ancora evidenze per cui i trattamenti possano sostituire le terapie convenzionali nelle manifestazioni dolorose più intense o croniche.

### **Non-pharmacological techniques for pain management in neonates**

*Golianu BG, Krane, E, Seybold J, Almgren C, Anand KJS. Seminars in Perinatology 2007; (31): 318-322.*

Riguardo questo lavoro, il primo rilievo da fare riguarda gli Autori, in quanto la review è stata pub-

blicata dal gruppo di Anand, fra più attivi nella ricerca sul dolore del neonato; il gruppo si è distinto, in particolare, nel delineare l'impatto di una inadeguata analgesia sul successivo outcome clinico e comportamentale nel neonato.

Un rilevante concetto espresso in questo articolo riguarda la capacità che il neonato pretermine ha di esprimere il dolore mediante modificazioni comportamentali, capacità che in questi neonati è strettamente in relazione con il grado di maturazione complessiva; pertanto la capacità degli operatori di individuare una condizione dolorosa nei neonati maggiormente pretermine può essere di difficile individuazione.

L'articolo si snoda, quindi, nella disamina di differenti tecniche non farmacologiche di controllo del dolore: rispetto all'articolo precedente vengono prese in considerazione le tecniche di distrazione (musicoterapica, stimoli olfattivi), per cui quando viene stimolata l'attenzione i processi cerebrali di attivazione del dolore sono meno attivi, l'allattamento al seno, che secondo una recente review della Cochrane ha un effetto analgesico equivalente a quello della somministrazione di glucosata, il massaggio, che incrementando l'attività parasimpatica promuove l'organizzazione di uno stato fisiologico di calma.

Un paragrafo a sé occupa, invece, l'agopuntura il cui effetto principale si attuerebbe nella fase di svezzamento del neonato pretermine da lunghi periodi di sedazione farmacologica. In tale ottica l'agopuntura avrebbe un ruolo importante nel trattare i sintomi di astinenza come anche gli stati di agitazione/irritabilità. Viene riferito come, in uno studio pilota, neonati sottoposti ad agopuntura hanno richiesto meno somministrazione di benzodiazepine ed oppioidi nella fase di svezzamento dalla sedazione. L'agopuntura potrebbe anche rivelarsi utile nella fase post-operatorie, riducendo lo stress post-chirurgico. E' chiaro che la validazione di tale procedura e il successivo trasferimento alla pratica clinica dovranno richiedere uno sforzo collaborativo multicentrico.

Viene, infine, sottolineata la multidisciplinarietà dell'approccio al dolore del neonato.

## Music for very young ears

*Hunter BC, Sabler OJZ. Birth 2006; (33): 2, 137-138.*

Da tempo l'utilizzo della musica nelle terapie intensive neonatali è al centro di attente valutazioni in quanto è documentata la capacità del feto di ascoltare come anche quella del neonato di esprimere preferenze rispetto a differenti tipi di melodia. I suoi effetti (se somministrata da sola o, meglio, se associata alla suzione non nutritiva) sulla risposta al dolore o sulle capacità consolatorie sugli stati di stress, ha trovato consenso anche in letteratura, pur non rappresentando ancora un intervento standard nella maggior parte delle TIN.

Sebbene l'articolo in questione sia un commento, contiene tuttavia, numerosi principi di somministrazione di musica ai neonati con un buon supporto da parte delle evidenze scientifiche.

Fra essi risalta la raccomandazione ad esporre con estrema cautela i neonati pretermine a questo tipo di trattamento. In tal senso, ad esempio, l'intensità della musica deve essere inferiore a 70 dB, la musica deve essere accompagnata possibilmente al canto di una voce femminile, il tempo di esposizione al trattamento non deve superare i 30 minuti al giorno.

Il corpo dell'articolo, quindi, si concentra sull'esperienza del Children Hospital di Rochester, NY, nel somministrare musica dal vivo (arpa) e sui documentati vantaggi di tale trattamento nei confronti della musica registrata.

Gli Autori individuano comunque nella musica un elemento capace di infondere un clima di serenità a tutti gli operatori della TIN e ai genitori, tanto da essere entrata, su richiesta delle madri, nei locali adibiti all'estrazione del latte materno. Tale esperienza sembra rendere tale procedura più gradevole e accompagnarsi ad una maggiore estrazione di latte.

La bibliografia contiene importanti riferimenti per coloro che vogliono approfondire l'argomento.



# Home and Abroad

*Uno sguardo a convegni, corsi ed eventi, in Italia e all'estero, che hanno come tema la "care" in medicina perinatale*

## Corsi dell'Associazione Italiana per la Care in Perinatologia

Docenti: Arturo Giustardi - Monika Stablum  
Sala Kolping, Via Ospedale - Bolzano

**19-20 maggio 2008**

**"Educazione prenatale, vita prenatale e neonatale (educare i genitori durante la gravidanza)"**

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 160 euro, max 20 partecipanti

**3 giugno 2008**

**"Assistenza al neonato in sala parto"**

(10 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali.

**22-23 settembre 2008**

**"Il neonato che non respira"**

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

**20-21 Ottobre 2008**

**"Pronto Soccorso emozionale"**

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

**3 novembre 2008**

**"Il pianto del neonato e del lattante come gestirlo. L'uso della fascia, prove pratiche"**

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 100 euro, max 20 partecipanti.

**17-18 novembre 2008**

**"Assistenza della madre e del neonato in acqua"**

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

**10-11 Dicembre 2008**

**"Kangaro mother care e assistenza personalizzata del prematuro"**

(20 crediti)

Crediti ECM richiesti per medici, ostetriche infermiere pediatriche e professionali, puericultrici, assistenti sanitari, assistenti sociali, psicologi.  
Costo 160 euro, max 20 partecipanti.

**Iscrizioni e informazioni:**

**Monika Stablum,**

**Tel.: 3383679491 dalle 15:00 alle 18:00**

**e-mail: monikastablum@yahoo.it**

## Convegni

**24-25 Maggio 2008 "L'esperienzaprenatale tra neuroscienze, medicina, psicologia ed educazione"**

Presidenti: Giulio Bevilacqua, Gabriella Ferrari  
Parma Sala Auditorium del Campus Universitario  
Costi: Euro 240,00 IVA esclusa, speciale studenti: Euro 80,00 IVA esclusa.

Segreteria Congresso:

parmacongress2008@virgilio.it; www.anep.org

**KMC Europe 2008**

**1st European Conference on the Kangaroo Mother Care method**

6-7 Ottobre 2008

**7th International Workshop on Kangaroo Mother Care**

8-11 Ottobre 2008 - Uppsala, Sweden.

**5 Novembre 2008 "Il Neonato Critico"**

Villa Porro-Pirelli, Induno Olona - Varese



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

[www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)

**Modalità d'iscrizione AICIP onlus**

L'iscrizione all'associazione italiana per la care in perinatologia **comprende:**

- Invio gratuito a domicilio della Rivista Italiana La Care in Perinatologia.
- La possibilità di pubblicare sulla rivista articoli scientifici.
- La possibilità di pubblicizzare corsi ed eventi sul sito [www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)
- Partecipazione al Forum.

### DOMANDA DI AMMISSIONE PER I NUOVI SOCI

IL SOTTOSCRITTO, PRESA VISIONE DELLE NORME STATUTARIE DELL'AICIP ONLUS, CHE SI IMPEGNA A RISPETTARE E FAR RISPETTARE,

**CHIEDE**

L'AMMISSIONE QUALE SOCIO ORDINARIO. SI RIPORTANO PERTANTO I SEGUENTI DATI:

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale		Provincia	
CAP		Città	
Indirizzo n° civico			
Titolo di studio			
Professione			
Specializzazione/i			
Attività di ricerca			
Unità di lavoro			
Telefono		Cellulare	
Fax		e-mail	

SI AUTORIZZA ESPRESSAMENTE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL D.LGS. 196/03 IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Nominativo socio presentatore	Data	Firma del Richiedente

Compilare in stampatello la scheda di iscrizione per i nuovi soci allegata e spedire, unitamente alla copia del versamento, all'AICIP onlus, Viale dei vigneti 34, Bressanone (BZ) 39042, al numero di fax 0472/206358, o per e-mail scannerizzata con firma a [monikastablum@hotmail.it](mailto:monikastablum@hotmail.it)

I versamenti intestati a AICIP onlus causale: Iscrizione nuovi soci AICIP quota sociale € 15,00 da versare sul c/c 000040873096, Unicredit Banca Bressanone fil. 0983, abi 02008, cab 58220, cin: V.  
Contattare per ulteriori informazioni la sig.ra Monika Stablum al numero 3383679491.

AICIP



ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA CARE IN PERINATOLOGIA

[www.careperinatologia.it](http://www.careperinatologia.it)

