

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:

OSTETRICIA

Tesi di laurea sperimentale:

"Il Re-bonding nella pratica ostetrica: analisi, applicabilità e studio osservazionale della realtà marchigiana"

"Re-bonding in obstetric practice: analysis, applicability, and an observational study of the situation in the Marche region"

Candidato

Salvatori Sara

Relatore

Dott.ssa Petillo Alessandra

Anno Accademico 2025-2026

A me stessa,

a tutte le volte in cui

non mi sono sentita abbastanza

Alla mia famiglia

la mia costanza

l'amore più puro che conosco

A tutte le mamme che ho incontrato

a quelle che incontrerò

Spero di essere alla vostra altezza

INDICE

INTRODUZIONE 4
1° CAPITOLO 7
BONDING 7
1.1 Basi biologiche e neuroendocrine 10
1.1.1 L'ossitocina 10
1.1.2 La prolattina 12
1.1.3 Le endorfine 14
1.2 Fattori che favoriscono il bonding 16
1.3 Pratiche ostetriche favorenti il bonding 21
1.4 Ostacoli del bonding 27
1.5 Conseguenze a lungo termine di un bonding efficace 29
2° CAPITOLO 33
I PRIMI MILLE GIORNI DI VITA 33
2.1 La Nurturing Care 35
2.2 Fattori di rischio e Fattori di protezione 37
2.3 Le conseguenze di una buona Nurturing Care 39
2.4 I pilastri della Nurturing Care Framework 41
3° CAPITOLO 48
RE-BONDING 48
3.1 Due prospettive complementari: L'Approccio Teoretico-Psicologico di L. A. V. Alford e l'Approccio Pratico-Rituale di B. Meissner 50
3.2 Basi neuroendocrine e neurobiologiche del Re-bonding 51
3.2.1 Il sistema ossitocinergico 52
3.2.2 L'Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) e la Down-Regulation del Cortisolo 53
3.2.3 La Memoria Sensoriale Multimodale come Canale di Riparazione 54
4° CAPITOLO 56
Indicazioni Cliniche del Re-bonding Ostetrico 56
4.1 Taglio cesareo programmato e d'urgenza 57
4.2 Il trauma ostetrico, le emergenze in sala parto e i parti operativi 58
4.3 La separazione prolungata e il contesto della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) 60
4.4 Indicazioni materne: Salute Mentale Perinatale, Trauma del Parto e Disfunzioni dell'Attaccamento 62

4.5 Indicazioni Neonatali: Disturbi della Regolazione, Pianto Inconsolabile e Trauma da Nascita 64
4.6 Difficoltà di Allattamento 67
CAPITOLO 5 70
Strumenti e pratiche operative per l'applicazione del Re-bonding 70
5.1 Il contatto pelle-a-pelle (Skin-to-Skin Contact) 70
5.2 Kangaroo Mother Care 74
5.3 Il bagnetto rinascita (*Rebirth Bath)* 76
5.4 Rooming-in guidato 79
5.5 Counseling ostetrico, riconoscimento dei segnali neonatali e avvio dell'allattamento 82
5.6 Il ritorno a casa 85
CAPITOLO 6 88
Il Re-bonding nella pratica ostetrica marchigiana: conoscenze, applicabilità e criticità 88
6.1 Materiali e Metodi 89
6.2 Risultati 89
CONCLUSIONI 108
ALLEGATO A 111
BIBLIOGRAFIA 118
SITOGRAFIA 120

INTRODUZIONE

L'esperienza della nascita rappresenta un passaggio di profonda trasformazione, in cui i processi fisiologici e le componenti psicologico-emotive si intrecciano per gettare le basi della salute futura del neonato e del nuovo nucleo familiare. In questo scenario, la qualità dell'incontro tra madre e neonato nei primissimi istanti della nascita e nelle ore successive al parto si rivela determinante. La letteratura scientifica definisce questo processo di sintonizzazione e connessione precoce come Bonding, un legame che affonda le sue radici nella vita intrauterina, si consolida nel corso della gravidanza e trova il suo momento di massima espressione nell'immediato post-partum.

L'avvio e la stabilizzazione di questo legame sono sostenuti da una complessa e regolata architettura biologica e neuroendocrina. Il rilascio pulsatile e sinergico di ossitocina, prolattina ed endorfine crea un ambiente neurochimico ideale che riduce lo stress, stimola la risposta di accudimento materno, favorisce l'imprinting e sostiene l'avvio spontaneo all'allattamento al seno. Tali meccanismi, coordinati dall'interazione sensoriale multimodale (pelle a pelle, contatto visivo, odore, voce), permettono la reciproca co-regolazione della diade.

I benefici di questo incontro non si limitano alla fase immediata della nascita, ma si collocano all'interno della cornice dei Primi 1000 Giorni di Vita (dal concepimento ai due anni) e trovano perfetto riscontro nei principi della Nurturing Care Framework promosso dall'OMS e dall'UNICEF. Garantire salute, nutrizione adeguata, sicurezza, cure responsive e opportunità di apprendimento precoce significa proteggere la mente in via di sviluppo dal cosiddetto "stress tossico", prevenire vulnerabilità psicofisiche e promuovere traiettorie di crescita ottimali sia sul piano cognitivo che emotivo-relazionale.

Per favorire la fisiologia del Bonding, l'assistenza ostetrica dispone di strumenti ed evidenze consolidate: la promozione del contatto pelle a pelle precoce e prolungato, il rooming-in 24 ore su 24, il clampaggio ritardato del cordone e la salvaguardia del "terzo tempo del parto", ovvero il rispetto dei tempi naturali di transizione e dell'intimità della triade.

Tuttavia, la pratica clinica mette quotidianamente di fronte a situazioni in cui l'instaurarsi di un bonding precoce ed efficace viene ostacolato o interrotto. Eventi quali il parto operativo, il taglio cesareo programmato o d'urgenza, il trauma ostetrico, le emergenze in sala parto, la separazione precoce del neonato per il ricovero in TIN, oltre a condizioni di sofferenza materna cronica o disturbi della regolazione neonatale, possono frammentare o rinviare questo primo incontro.

In questi contesti di vulnerabilità o discontinuità, emerge il concetto e la necessità clinica del Re-bonding. Questa pratica si configura come un processo di riparazione emotiva, sensoriale e relazionale guidato e facilitato dall'ostetrica. Esplorato sia attraverso l'approccio teorico-psicologico di L. A. V. Alford sia tramite quello pratico-rituale di B. Meissner, il Re-bonding sfrutta la memoria sensoriale multimodale e la neuroplasticità del sistema nervoso centrale per "riattivare" e "ricostruire" quell'esperienza di accoglienza e sicurezza mancata alla nascita. Attraverso strumenti specifici come il rebirth bath, il contatto pelle a pelle prolungato, il counselling ostetrico orientato ai segnali neonatali e il rooming-in guidato, l'ostetrica interviene attivamente per abbassare i livelli di cortisolo sia nella madre che nel neonato, sostenendo la ripresa della relazione e il benessere della triade.

La figura dell'ostetrica risulta dunque centrale e strategica nella promozione del bonding e nella gestione tempestiva del Re-bonding. Risulta pertanto fondamentale indagare il livello di consapevolezza, le conoscenze teorico-scientifiche, il grado di formazione e l'effettiva applicazione pratica di questi interventi da parte dei professionisti che assistono la nascita.

A tal fine, la tesi illustra una ricerca empirica svolta mediante la somministrazione di un questionario conoscitivo rivolto alle ostetriche iscritte all'Ordine della Professione Ostetrica delle Marche. Lo scopo principale dello studio è valutare la diffusione della conoscenza della pratica del Re-bonding, identificare gli strumenti assistenziali maggiormente utilizzati nella pratica clinica, analizzare la formazione ricevuta e far emergere eventuali ostacoli, bisogni formativi o criticità organizzative riscontrati sul campo.

L'elaborato si struttura pertanto in un percorso che muove dalle basi fisiologiche e neuroendocrine del Bonding e del contesto dei primi mille giorni di vita (Capitolo 1 e

2), approfondisce la cornice teorico-clinica, le indicazioni e gli strumenti del Re-bonding (Capitoli 3, 4, 5), per giungere infine alla presentazione e discussione dei dati della ricerca quantitativa e qualitativa condotta sul territorio marchigiano, al fine di tracciare prospettive operative e formative per un'assistenza perinatale sempre più rispettosa, riparativa e orientata al benessere della diade e della famiglia.

1° CAPITOLO

BONDING

Il primo incontro tra madre e neonato rappresenta un momento carico di significato emotivo, in cui si pongono le basi di un legame profondo e duraturo, definito in letteratura come bonding.

Il Bonding nasce negli Stati Uniti nel 1982, e indica il processo che si instaura tra madre/caregiver e neonato fin dal concepimento, per poi svilupparsi nelle ore, nei giorni, nelle settimane successive alla nascita.

In ottica più tecnica il Bonding deriva dall'inglese "bond" il cui significato si ricollega alle parole "legame, vincolo" e si riferisce alla predisposizione materna nel manifestare vicinanza fisica attraverso il contatto e alla capacità di rispondere ai bisogni del neonato. Questo legame che si va ad instaurare fisicamente al momento della nascita, intrinsecamente inizia già in epoca gestazionale precoce, già al pensiero di avere un bambino.

Nel 900' J. Bowlby, un noto psichiatra che inizia a studiare da prima la teoria dell'attaccamento nell'ottica sistemica, etologica ed evoluzionista, propone un nuovo modello psicopatologico in grado di dare indicazioni generali su come la personalità di un individuo comincia ad organizzarsi fin dai primi anni di vita. Nello specifico Jhon Bowlby va a dividere quattro fasi attraverso le quali si sviluppa il legame di attaccamento:

1. Dalla nascita alle otto-dodici settimane: il bambino non è in grado di discriminare le persone che lo circondano nonostante riesca a riconoscere, attraverso l'odore e la voce, la propria madre. Successivamente, il bambino riuscirà a mettere in atto modi di relazionarsi sempre più selettivi, soprattutto con la figura materna;
2. Sesto-settimo mese: il bambino è maggiormente discriminante nei confronti delle persone con le quali entra in contatto;

3. Dal nono mese: il legame con la figura di attaccamento diventa stabile e visibile, il bambino richiama l'attenzione della figura di riferimento e la usa come base per esplorare l'ambiente, ricercando sempre protezione e consensi.
4. Il comportamento di attaccamento si mantiene stabile fino ai tre anni, età in cui il bambino acquisisce la capacità di mantenere tranquillità e sicurezza in un ambiente sconosciuto essendo, però, sempre in compagnia di figure di riferimento secondarie, ed avendo la certezza che la figura di riferimento faccia sempre e presto ritorno[1]

Marshall Klaus e Jhon Kennell, due pediatri degli anni 80' hanno introdotto il concetto di "lying-in" e "rooming-in".

In uno studio, Klaus e Kennell (1982) fecero sì che le madri manipolassero i loro figli nudi per un'ora durante le prime due ore dopo la nascita e per ulteriori cinque ore durante i successivi tre giorni. Intervistate un mese dopo il parto, si scoprì che paragonate alle altre madri, le madri che avevano manipolato i loro figli di più, "calmavano" meglio i loro bambini, "accarezzavano" e avevano più spesso con loro un "contatto oculare" durante l'allattamento, passavano più tempo a "presenziare" durante gli esami e le visite del primo anno di vita, Si evidenziò inoltre che queste madri "ponevano più domande" e "davano meno ordini" nei due anni successivi ai loro bambini due anni dopo, e avevano i bambini con punteggi maggiori di QI e ai test di linguaggio a 5 anni. Kennell scoprì infine che il miglior predittore della quantità di tempo che una giovane madre trascorre con suo figlio, è la quantità di tempo che lei stessa ha trascorso in contatto con la propria madre da piccola.

Kaitz e coll. della Hebrew University in Jerusalem, hanno dimostrato che le donne che "tenevano in braccio" i loro bambini per almeno un'ora dopo il parto erano in grado di "identificare" i loro figli quando venivano bendate e poste di fronte ad una fila di

[1] State of Mind di inTHERAPY. Consultato il 27/03/2026 https://www.stateofmind.it/2017/07/john-bowlby-attaccamento/

neonati, semplicemente toccandoli con le mani e con la fronte. Anche i padri identificavano i propri figli, ma solo attraverso le mani.[2]

Si possono differenziare quindi le parole “attachment” e “bonding”, dove per la prima si intende il legame che si sviluppa nel tempo tra il bambino e il caregiver (i genitori o qualsiasi suo tutore), la seconda invece è più limitata al terzo tempo del parto.

La scuola elementare di arte ostetrica a Firenze ha redatto un articolo dove introduce questo “terzo tempo del parto”: esso non si riferisce ad un concetto meramente biologico, ovvero l’espulsione della placenta, ma ad un concetto più psicologico e astratto, ovvero quel momento che la donna ha prima di incontrare il suo bambino già nato. Sono quei pochi secondi di preparazione che la donna ha per consolidare un legame unico iniziato in epoca gestazionale.

L’articolo afferma che “La transizione da feto a neonato assistita dalla placenta è ciò che accade in questo vero tempo del parto. A volte può essere breve, a volte più lungo, ma sempre necessita della placenta e della madre per poter avvenire in sicurezza” e descrive come, parlando in chiave fisiologica, l’incontro tra la madre e il bambino e tutti i fenomeni biofisici che questo tempo contiene sia imprescindibili.

Il processo del Bonding deve essere canalizzato attivato rispettando i tempi che ciascuna donna ha: questo concetto viene descritto da Karen Strange, ostetrica statunitense esperta e istruttrice del Neonatal Resuscitation Program e fondatrice di APPAH, un’associazione che studia e promuove la psicologia e la salute prenatale e perinatale. Una ricerca promosso da questa associazione si concentra proprio sulla pausa di transizione dalla nascita al bonding e afferma che “Non c’è fretta di portare il bambino sul petto della madre. La madre ha un momento per prendere fiato, per tornare nel qui e ora dopo essere stata nell’aldilà a prendere l’anima del suo bambino”. “Questa pausa”, dice Karen Strange, “permette alla madre di integrare questo momento di transizione”.

---

[2] Associazione “CENTRO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA FUNZIONALE” Istituto S.I.F. di Padova. Consultato il 27/03/2026 [2]https://www.psicoterapiafunzionale.it/2012/03/relazione-mamma-neonato-attraverso-il-tocco/

“Il momento dell’incontro più spesso è il momento in cui la donna scopre il suo bambino.”

L’assistenza ostetrica gioca un ruolo cruciale in questo aspetto, la disponibilità umana all’incontro empatico con l’altro è direttamente proporzionale a come ci sentiamo nel momento dell’incontro. L’ostetrica che assiste la donna, come altre figure professionali, devono tener conto dell’aspetto umano ed empatico verso la donna, non andare a svolgere pratiche lesive del pudore, dell’integrità e della dignità della persona, ma bensì andare a sostenere quell’empowerment aiutando la donna a tirar fuori la sua forza interiore, senza farla sentire “meno” o “inadatta” al ruolo di madre.

1.1 Basi biologiche e neuroendocrine

L’aspetto chimico del bonding va a coinvolgere più ormoni, di cui i principali sono l’ossitocina, la prolattina e le endorfine.

1.1.1 L’ossitocina

L’ossitocina è l’ormone principe di questo meccanismo ed è un ormone ipotalamico che agisce in antagonismo con l’asse ipotalamo-ipofisi-surrene, quest’ultimo responsabile invece della conservazione dell’individuo attraverso le reazioni di attacco e fuga. È un ormone composto da nove amminoacidi e viene prodotto dai neuroni magnocellulari del nucleo paraventricolare e dal nucleo sopraottico dell’ipotalamo. Questi neuroni proiettano i loro assoni terminali nella neuroipofisi, rilasciando lì l’ossitocina nel torrente sanguigno. L’ossitocina inoltre è sintetizzata nei neuroni parvocellulari del nucleo paraventricolare dell’ipotalamo e in altri nuclei del sistema limbico che mostrano estese proiezioni in tutto il sistema nervoso centrale, determinando influenze sul comportamento sociale. Alcuni recettori cerebrali per l’ossitocina appaiono transitori, altri sono presenti solo durante l’infanzia o lo sviluppo, altri regolati dagli steroidi gonadici, altri ancora presenti costantemente. Perifericamente organi bersaglio di questo ormone sono mammella, utero, ovaio, testicolo, prostata, ma anche rene, cuore e sistema vascolare, timo, cellule adipose, pancreas, surrene.

L’ossitocina è un ormone prosociale e sovrintende a una serie di funzioni implicate con la trasmissione dei geni e la conservazione della specie quali l’accoppiamento, la

nascita, l'allattamento, l'accudimento della prole, il legame parentale e il legame tra pari. È secreta in seguito a generici stimoli cutanei non dolorosi (carezze, massaggi, applicazione di calore sulla pelle) quali si producono per il contatto intimo con altri esseri viventi, ma anche in seguito a stimoli cutanei specifici collegati alle funzioni della riproduzione e dell'allevamento della prole quali il rapporto sessuale, il parto, la suzione della mammella. Ad esempio, durante il parto la distensione della vagina e della cervice uterina, determinata dalla testa del feto, provoca un picco di ossitocina che induce la contrazione dell'utero producendo l'espulsione del feto e successivamente della placenta. Inoltre la suzione della mammella da parte del bambino ne stimola la secrezione pulsatile, che determina la contrazione delle cellule mioepiteliali che circondano i dotti galattofori con la conseguente emissione del latte.

Questo ormone, oltre che sovrintendere agli aspetti organici della riproduzione umana, determina e regola la produzione degli stati della mente e delle emozioni che favoriscono l'accoppiamento, il legame parentale, l'accudimento della prole; il compito della riproduzione non sarebbe portato a termine con successo, infatti, se il piccolo dell'uomo, assolutamente inetto, non potesse fruire di un accudimento costante e protratto nel tempo fino all'epoca della sua maturità.[3]

Solo l'ossitocina naturale liberata dall'ipofisi entra però anche nel sistema nervoso, dove agisce sul comportamento e sullo stato emotivo. Per questo è soprannominata "ormone dell'amore". Induce la calma, riduce lo stress, aumenta la fiducia e l'empatia verso il prossimo. Immediatamente dopo la nascita svolge un ruolo fondamentale nel meccanismo dell'imprinting (osservato da Konrad Lorenz in varie specie animali) che è comune a tutti i mammiferi, umani compresi.[4]

L'ossitocina è già presente per tutto il travaglio di parto, raggiunge le concentrazioni più alte nel sangue della madre dopo mezz'ora dalla nascita, quando è in contatto visivo con

---

[3] A. Moschetti, M.L. Tortorella, Pediatri di famiglia, ACO Puglia e Basilicata: Quaderni acp 2007; 14(6): 254-260 "Ossitocina e attaccamento" https://www.dors.it/documentazione/testo/200906/moschetti%20ossitocina.pdf

[4] Associazione "Nascere Bene". Citato il 03/04/2026 https://nascerebene.ch/documenti/la-fisiologia-in-dettaglio/

il tuo bambino, in contatto pelle a pelle, quando il bambino si attacca precocemente presto al seno. Il picco ossitocico determina il distacco di placenta, la riduzione delle perdite ematiche, predispone all'allattamento, aumenta la temperatura corporea per tenere caldo il bambino, induce al comportamento materno, favorisce l'innamoramento tra la donna e il suo bambino e il papà. Recenti ricerche affermano che l'ossitocina prodotta in questi momenti gioca un ruolo molto importante nell'iniziare e sostenere il processo neurologico del bonding.

Il ruolo di questo importante ormone, non si conclude al momento del parto, anzi, il suo contributo più importante e delicato è forse quello che accompagna i primissimi giorni della nuova vita e si trova alla base del benessere psico-fisico e sociale del bambino.[5]

1.1.2 La prolattina

Un altro ormone fondamentale nel processo del bonding è la prolattina umana prodotta dall'ipofisi anteriore e nota principalmente per il ruolo nell'avvio dell'allattamento nei mammiferi, per la funzione di differenziazione del tessuto mammario e per il controllo degli scambi di acqua e elettroliti. Ha una struttura proteica costituita da un'unica catena lineare di 198 amino acidi contenente 3 ponti disulfuro. La formula di struttura della prolattina presenta analogie strutturali con quelle di altri due ormoni proteici, il somatotropo (GH) ed un ormone placentare, il Lattogeno placentare (hPL). Queste analogie strutturali e la presenza di una serie di azioni fisiologiche spesso simili hanno portato a ritenere che i tre ormoni possano derivare da un comune progenitore. Come GH ed hPL anche la prolattina non possiede inoltre un suo organo bersaglio specifico, non regola cioè l'attività di un'altra ghiandola endocrina ma agisce su svariati tessuti e processi metabolici.

Il meccanismo di controllo della secrezione prolattinica è simile a quello di molti ormoni ipofisari. Gli stimoli afferenti dalla periferia che raggiungono l'ipotalamo attraverso la corteccia cerebrale attivano o inibiscono il sistema aminergico che, a sua volta, modifica l'attività funzionale del sistema peptidergico o, nel caso specifico della

[5] Dott. A. Giustardi: Rivista italiana 'la care in perinatologia' vol.5 num.1° gennaio 2012 www.careinperinatologia.it

prolattina, agisce verosimilmente direttamente sull'ipofisi tramite la amine biogene modificandone l'attività secretoria. Questo meccanismo di controllo è prevalentemente inibitorio mediato dall'ipotalamo, diventando così il risultato del bilancio creatosi tra fattori inibitori (Prolactin inhibiting factors; PIF) e fattori stimolatori (Prolactin releasing factors; PRF). Tra i fattori inibitori più importanti troviamo la dopamina che raggiunge l'ipofisi attraverso il circolo ematico del sistema portale ed inibisce la secrezione prolattinica legandosi a recettori specifici situati sui lattotropi ipofisari. Tra i fattori stimolatori invece possiamo trovare il TRH, l'ormone ipotalamico stimolante la secrezione ipofisaria di TSH è in grado di stimolare una contemporanea secrezione di prolattina, per azione di stimolo diretto sui lattotropi ipofisari. Un ruolo di rilievo nel controllo stimolatorio della secrezione prolattinica venga svolto dalla serotonina (5-idrossitriptamina), una indolamina presente in alte concentrazioni in varie aree cerebrali e, in particolare, nell'ipotalamo. Oltre a questi due meccanismi di regolazione la prolattina ha anche un meccanismo autoregolatorio a livello ipofisario (meccanismo di feed-back ultracorto) e ipotalamico (meccanismo di feed-back ormonale-neuronale).

La prolattina è così implicata in processi che vanno dalla lattazione al controllo dell'equilibrio idro-salino, al comportamento sessuale. Riguardo la lattazione si possono andare ad individuare già alti livelli di prolattina durante la gravidanza che andranno ad aumentare progressivamente sino a raggiungere livelli simili a quelli che si riscontrano nel puerperio durante la lattazione. Per esplicare questo effetto la prolattina necessita però del concorso di altri ormoni quali il progesterone, gli estrogeni, il cortisolo, insulina etc. Sotto l'azione combinata di questi ormoni la ghiandola mammaria va incontro ad uno sviluppo e ramificazione dei duttuli con successiva differenziazione e formazione di nuovi alveoli e lobuli ghiandolari. Agisce in connessione con gli estrogeni, i cui livelli con l'espulsione della placenta cadono bruscamente innescando l'inizio del processo della lattazione.[6]

[6] A.Masala, S.Alagna: Caleidoscopio Italiano "Prolattina Aspetti di fisiopatologia e clinica" (pp. 5-18). Consultato il 04/04/2026
http://www.medicalsystems.it/wp-content/uploads/2015/10/4_CAL.pdf

La lattazione è importante per favorire l'avvenire del bonding: non si tratta solo ed esclusivamente di nutrire il proprio bambino, ma si tratta di una vera e propria instaurazione del legame con il nuovo individuo. La figura materna con alti livelli di prolattina in circolo, aumenterà la sua sensibilità favorendo l'innesco dei comportamenti di cura verso il proprio bambino, ovvero tenerlo, in braccio, proteggerlo, rispondere al pianto e accudirlo. La prolattina porta alla mamma ad un maggior coinvolgimento emotivo predisponendola a prendersi cura del neonato. Lavora in simbiosi con l'ossitocina, mentre la prima favorisce l'attaccamento immediato, la seconda mantiene quel legame e lo stabilizza nel tempo. Va a ridurre quei comportamenti materni ansiosi e stressanti creando un ambiente emotivo più stabile e favorevole al bonding.

La prolattina, quindi, non agisce solo a livello periferico ma anche sul sistema nervoso centrale, modulando i circuiti del comportamento materno. A livello ipotalamico si occupa della regolazione ormonale e dei comportamenti istintivi, mentre a livello limbico va ad agire sulle emozioni e sulla memoria andando quindi a coinvolgere le aree dell'attaccamento e della risposta affettiva, aumentando così la responsività agli stimoli del neonato come contatto pelle a pelle, odore…, rendendo gratificante l'accudimento, così da non vederlo solo come un dovere, e riducendo i comportamenti evitanti e di rifiuto. L'insieme di questi meccanismi fa si che il caregiving non sia più solo un dovere ma un comportamento spontaneo e motivato.

Dal punto di vista clinico infatti condizioni di stress, la separazione della madre dal neonato e la difficoltà nella suzione possono andare ad interferire con il rilascio dell'ormone ed andare ad alterare la risposta materna, portando la madre ad avere minor sensibilità ai segnali del neonato, una riduzione dell'iterazione precoce e una maggior difficoltà in futuro a creare una relazione stabile con il proprio bambino. Con questo non si intende che ci sarà un'assenza di questo legame, ma bensì una maggior vulnerabilità materna.

1.1.3 Le endorfine

La terza categoria di ormoni che influiscono nel processo del bonding sono le endorfine, ovvero peptidi oppioidi endogeni, prodotti principalmente a livello dell'ipotalamo e dell'ipofisi anteriore (adenoipofisi). Esse agiscono su recettori specifici situati nel sistema nervoso centrale, in particolare nel midollo spinale, dove inibiscono la

trasmissione degli impulsi nocicettivi provenienti dalla periferia, nella corteccia cerebrale, dove modulano la percezione cosciente del dolore e nel sistema limbico e nell'ipotalamo, dove influenzano il tono dell'umore, le emozioni e la risposta allo stress. Il termine deriva da "endogenous morphine", che significa "antidolorifico naturale". Proprio come gli oppioidi (ad esempio la morfina), le endorfine si legano ai recettori degli oppioidi nel cervello per ridurre il dolore e aumentare il piacere. Le endorfine vengono rilasciate in risposta allo stress. Il rilascio di endorfine avviene sia in risposta a stimoli positivi — come esercizio, musica, risate, sessualità, sia durante esperienze dolorose, fungendo da meccanismo naturale di protezione. Questa duplice funzione le rende centrali nella regolazione del benessere psicofisico.

In ambito ostetrico le endorfine sono presenti per tutta la durata del travaglio, del parto e del post partum. Durante il travaglio ed il parto, ad esempio, oltre ad attenuare la trasmissione del dolore, inducono uno stato di coscienza alterato dove il tempo sembra dilatarsi, l'attenzione si sposta all'interno e si attiva un ascolto profondo del corpo. Questo stato alterato di coscienza è fondamentale per far si che la donna si sincronizzi con il ritmo del travaglio e del parto e si lascia guidare dalle sensazioni del proprio corpo così da entrare in connessione con il feto e facilitare la progressione del travaglio con l'attivazione del sistema parasimpatico.

Nel post partum se è avvenuta questa sincronizzazione la donna si troverà con meno stress e avrà maggiore disponibilità emotiva verso il proprio neonato. Questo ormone, chiamato proprio "l'ormone della felicità", indurrà nella donna sensazioni di piacere, calma e appagamento perché andrà ad agire sui circuiti della ricompensa, come la prolattina, aumentando la possibilità di avere un'interazione positiva. Con il contatto pelle a pelle e la suzione ci sarà un ulteriore rilascio di endorfine in entrambi i soggetti andando così a ricreare quella sincronizzazione emotiva avvenuta già in travaglio e condividendo sensazioni positive come calma e sicurezza, così ad andare a rafforzare questo legame indissolubile.

In conclusione, l'ossitocina non è mai rilasciata in maniera isolata, bensì agisce in combinazione con altri ormoni. Nel caso particolare delle ore che seguono la nascita, in condizioni fisiologiche, il livello più alto di ossitocina è associato a un elevato livello di prolattina, che è anche noto come "l'ormone della maternità": la migliore combinazione

per indurre l'amore nei confronti dei bambini. Ossitocina e prolattina si completano a vicenda.

La madre e bambino sono anche impregnati di oppiacei (endorfine), per un certo tempo dopo la nascita. La proprietà degli oppiacei di indurre stati di dipendenza è ben nota, per cui è facile immaginare come inizi la "dipendenza" reciproca tra madre e bambino.

Anche gli ormoni della famiglia dell'adrenalina svolgono un ruolo in un momento preciso dell'interazione tra la madre e il bambino. Nel corso delle ultime contrazioni, prima della nascita, questi ormoni sono al loro massimo livello nella madre. È per questo che, in condizioni fisiologiche, quando inizia il riflesso di espulsione del feto, le donne tendono a stare in posizione verticale, piene di energia, con un improvviso bisogno di afferrare qualcosa o qualcuno.

Uno degli effetti di questa liberazione di adrenalina è che la madre, appena partorito, è in uno stato di allerta: Basta pensare ai mammiferi in natura per comprendere quanto sia benefico per le madri avere abbastanza energia e aggressività da proteggere il loro bambino appena nato, se necessario. Anche questa sana aggressività è quindi parte integrante dell'amore materno.[7]

1.2 Fattori che favoriscono il bonding

Il neonato è il protagonista, insieme alla donna, di questo terzo tempo e porta con sé dalla vita intrauterina alla vita extrauterina un bagaglio di competenze importanti.

Una delle principali competenze del neonato sta proprio nella capacità di instaurare e stimolare la relazione con la figura materna e paterna. Questo meccanismo inizia già in utero attraverso movimenti, sogni, ormoni, fino ad andare ad occupare un vero e proprio spazio emozionale pieno già dai primi momenti della gravidanza. Il feto all'interno dell'utero non deve essere visto come un organismo autonomo, bensì come un insieme di feto-cordone-placenta-membrane, in grado di costruirsi, proteggersi, produrre ormoni e automantenersi.

[7] Associazione "Nascere Bene". Consultato il 05/04/2026 https://nascerebene.ch/documenti/la-fisiologia-in-dettaglio/

Inoltre, è presente una competenza sensoriale, la più importante di tutte, sia nel feto prima che nel neonato dopo. Attraverso i sensi forma il suo corpo, il suo cervello e le sue esperienze. I movimenti che compie lo portano ad esplorare ed arricchirsi. All'inizio questi movimenti chiamati "cellulari" lo portano a creare spazio all'interno del quale l'acqua porta informazioni, nutre e ricrea lo spazio per la crescita. Nel secondo trimestre sono presenti i movimenti "reattivi" e di "comunicazione" che vanno a stimolare la relazione, mentre i movimenti di "orientamento" permettono al feto di riconoscersi nello spazio intrauterino.

Ci sono dei movimenti che richiedono invece un'assenza di distress materno durante la gravidanza. I movimenti di "posizionamento" richiedono una maturazione neurologica, sensoriale e lo sviluppo del sistema vestibolare, favorito da una condizione di normo-stress materno che nel terzo trimestre lo indurrà a "fermare i movimenti".

Dopo il parto, se la donna ha vissuto una condizione di stress in gravidanza, si ritroverà un bambino incapace di relazionarsi perché ancora troppo concentrato sulla protezione di sé. Principalmente in questi casi il neonato avrà bisogno di contenimento, di essere fermato e di riconoscersi, per poi relazionarsi con l'ambiente intorno. Gli strumenti utili in questi casi sono proprio il contatto pelle a pelle, l'uso della fascia contenitiva, la protezione del neonato e soprattutto il tempo.

Infine, il bambino matura i movimenti del parto e i movimenti di manifestazione di sé, manifestazione del suo coping, del suo stato emozionale e del suo temperamento. Queste competenze vanno a sottintendere la voglia di nascere, la motivazione e la forza che si hanno nel compiere il viaggio del parto.

Dopo la nascita il neonato andrà a confermare le sue competenze, modificando gli schemi per la sopravvivenza al di fuori del grembo materno. Subito rinnova la relazione con i genitori e in primis con la figura materna attraverso il rilascio di ormoni come ossitocina, adrenalina e prolattina, ma anche per mezzo di basi biologiche e sensoriali come l'odore o stati comportamentali come lo sguardo, i movimenti e la percezione tattile. L'innamoramento avviene proprio nei primi istanti dopo il parto, prima

dell'espulsione della placenta e prima dell'attaccamento al seno e, come in ogni fase di transizione, ha bisogno di non essere disturbato. (Como)[8]

Gli altri elementi che favoriscono, o comunque sono considerati dei fattori di protezione, sono i seguenti:

La Figura materna: va a comprendere dimensioni psicologiche, emotive, biologiche e razionali, fondamentali per andare a contribuire all'instaurarsi del legame precoce.

Innanzitutto, lo stato psicologico materno rappresenta uno dei principali determinanti del bonding, una madre serena, con un vissuto del parto positivo, sarà più disponibile emotivamente verso il neonato e risponderà molto più sensibilmente ai suoi segnali. Al contrario, un'esperienza del parto negativa o comunque con alti livelli di cortisolo legati allo stato d'ansia e di stress che sta vivendo la porterà a non vivere questo primo incontro in maniera serena.

Il parto, segnando la conclusione fisica della gravidanza, è un evento complesso che coinvolge non solo aspetti fisiologici, ma anche profondi aspetti psicologici. Pur essendo comunemente percepito come il termine di un ciclo gestazionale, il parto rappresenta una fase di intensa trasformazione per la donna, la quale attraversa una serie di cambiamenti fisici e psicologici che segnano l'inizio della maternità e la fine del periodo di gravidanza. La transizione dal concetto di gravidanza a quello di maternità non è mai priva di sfide emotive, e l'esperienza del parto può essere vissuta in modi estremamente diversi a seconda delle circostanze individuali e del supporto ricevuto.

Il parto, in quanto esperienza unica e altamente individuale, può anche avere un impatto significativo sul benessere psicologico della madre nel lungo periodo. Le emozioni vissute durante il travaglio e il parto possono influenzare la relazione madre-bambino, nonché la percezione del ruolo materno. In particolare, la qualità dell'assistenza ricevuta, la preparazione alla nascita e il supporto emotivo durante il parto possono determinare la percezione di autoefficacia materna e l'esperienza complessiva del parto.

[8] Eleonora Como: Rivista "Donna&Donna: Le competenze del bambino". Pagg 8-11

Sebbene il dolore sia una parte inevitabile del travaglio, molte donne tendono a reinterpretarlo positivamente, collegandolo alla nascita del loro bambino. Questo processo di riformulazione del dolore come parte di un'esperienza significativa contribuisce alla valutazione complessiva positiva del parto, anche quando momenti di sofferenza sono presenti. La fiducia nelle proprie capacità di affrontare il dolore e di gestirlo è fortemente legata a una percezione positiva dell'esperienza complessiva della nascita. Inoltre, la gestione positiva del dolore sembra essere correlata a un senso di autoefficacia che migliora la percezione psicologica del travaglio, mentre una gestione negativa del dolore tende a generare emozioni più frustranti e deludenti.

Il Desiderio della gravidanza: un aspetto che nasce ancora prima della gravidanza e che influenza questo primo incontro è il desiderio che la donna ha della gravidanza stessa. Nel caso di gravidanza non desiderata, un aspetto che influenza il primo incontro con il neonato è come ha vissuto questo periodo: se con un senso di accettazione del proprio stato o con un senso di rifiuto totale. Una gravidanza desiderata o comunque accettata darà avvio già dalla gestazione a questo legame, la figura materna penserà al proprio neonato, farà attenzione ai movimenti fetali e si creerà delle aspettative, tutti fattori protettivi per un buon incontro dopo la nascita. Una gravidanza vissuta invece con rifiuto porterà la donna a non creare questo legame già a partire dalla gestazione, portandola ad avere nel momento della nascita minor coinvolgimento emotivo e di conseguenza avere una iniziale difficoltà nella reazione. Questo fattore non è determinante, il legame può essere recuperato e costruito nel tempo.

Lo Stato di salute del neonato: lo scopo principale dell’assistenza al parto è sorvegliare, garantire e rispettare il benessere materno e fetale. Nel caso in cui il neonato necessiti di cure nell’immediato post-nascita, dovrà essere allontanato dalla madre: non si avrà, di conseguenza, questo primo incontro precoce, che si può recuperare in un secondo tempo attraverso il processo del Re-bonding. Un neonato, invece, che nasce sano, con un punteggio di Apgar alto potrà prendersi tutto il momento a disposizione per conoscere e toccare il corpo materno senza interferenze superflue

Il Fattore ambientale e assistenziale: è fondamentale che la donna si trovi in un ambiente sicuro e protetto, senza luci troppo forti o tanta gente intorno, deve prendersi

del tempo per poter conoscere il proprio neonato. Compito dell'ostetrica sta nel proteggere la famiglia che è appena nata, evitando assistenze non fondamentali e cercare di rimandare tutto ciò che si può posticipare a dopo. Bisogna rispettare i tempi della madre e del neonato, non obbligare il nuovo nato ad attaccarsi subito al seno, come non far sentir meno la madre perché non riesce ad allattare immediatamente. Il contesto relazionale è anche esso determinante, la presenza di un partner come di una qualsiasi figura che la donna vuole nella stanza favorisce sicurezza e serenità. La figura materna di sentirà più protetta se a controllare la diade ci sia il partner, e l'ostetrica si sentirà più sicura se all'interno della sala parto ci sia la triade, la famiglia appena nata.

Da parte di chi assiste la nascita è importante tenere presente che l'atto fisiologico dell'incontro prevede un movimento attivo da parte della donna. " Sta a noi proteggere la diade anche in questo senso: creare l'ambiente e le condizioni idonee affinché ogni donna possa sentirsi validata nel prendersi il tempo necessario per compiere questo atto, mantenendo le condizioni di sicurezza necessarie al neonato". (Pizzi)[9]

È importante anche non trascurare la figura paterna. La gravidanza è spesso percepita come un'esperienza prettamente materna, un viaggio intimo tra madre e bambino. Tuttavia, la ricerca psicologica ha progressivamente riconosciuto l'importanza del coinvolgimento paterno fin dalle prime fasi della gestazione. Delassus nel 1995 ha introdotto il concetto di "maternologo" per descrivere il ruolo del partner durante la gravidanza, sottolineando come il padre non sia solo un osservatore esterno, ma un attore chiave nel facilitare l'attaccamento prenatale. La presenza, il supporto e l'empatia del padre influenzano profondamente il benessere psicologico della madre e, di conseguenza, il legame che si instaura con il bambino non ancora nato.

La teoria di Delassus è stata supportata negli anni successivi da numerosi studi che hanno evidenziato come il supporto paterno riduca significativamente i livelli di stress e ansia materna durante la gravidanza. Inoltre, la presenza di un partner coinvolto ha dimostrato di migliorare la qualità del sonno materno, ridurre il rischio di depressione postpartum e favorire una maggiore preparazione emotiva alla genitorialità.

[9] Chiara Pizzi: Rivista "Donna&Donna: Il Bonding dopo i parti difficili" pagg. 26-29

Il concetto di “maternologo” ha anche implicazioni pratiche: la partecipazione del padre ai corsi di accompagnamento alla nascita, alle visite mediche e alla pianificazione del parto non solo rafforza il legame di coppia, ma trasmette al bambino una sensazione di sicurezza e stabilità fin dalle fasi prenatali. Questo coinvolgimento precoce facilita inoltre l’adattamento postnatale del padre al ruolo genitoriale, riducendo il rischio di depressione paterna e migliorando la qualità della relazione padre-figlio.

La figura maschile se coinvolta attivamente può essere un pilastro fondamentale nel passaggio alla genitorialità. Fornisce supporto emotivo e senso di sicurezza alla figura materna, aiutandola a gestire le difficoltà pre/peri/post-parto sia emotive che fisiche; permette alla figura materna di gestire in maniera decisiva le difficoltà e di affrontare con più serenità le sfide nel periodo perinatale, riducendo il rischio di vissuti d’ansia, inadeguatezza e isolamento. Il vissuto positivo o negativo di una gravidanza incide in maniera preponderante sul bonding e sull’attaccamento con il bambino. Per tutelare la figura materna bisogna andare a tutelare la figura paterna e viceversa: si andrà incontro altrimenti a un mancato legame precoce e di conseguenza ad un mancato o sbagliato attaccamento futuro. [10]

1.3 Pratiche ostetriche favorenti il bonding

L’ostetrica assume un ruolo chiave per la buona riuscita del bonding. Il rispetto della fisiologia del parto è uno degli elementi cardine. L’assistenza deve mirare a garantire il benessere materno e fetale,

Il Contatto precoce pelle a pelle: è il primo momento di incontro tra la madre e il neonato e consiste nel lasciare il neonato pelle a pelle con la mamma sin dalla nascita nelle prime due ore del post partum o comunque fino alla fine della prima poppata. Il contatto skin-to-skin (SSC) favorisce la transizione alla vita extrauterina e la stabilizzazione clinica del neonato. Tutto ciò avviene attraverso un’interazione sensoriale multimodale mamma-bambino, creando un ambiente che stimola processi

[10] Dott. Samuele Russo: Psicologia Pediatrica Consultato il 20/04/2026 https://www.psicologiapediatrica.it/padri-presenti-bambini-sicuri-limportanza-del-ruolo-paterno-nellattaccamento-prenatale/

ormonali ed epigenetici, favorendo tra l'altro l'inizio dell'allattamento al seno. Al contrario, la separazione del bambino dalla propria madre dopo la nascita può provocare pericolose risposte ormonali da stress, che a loro volta possono compromettere la resilienza nel corso della vita adulta. Il precoce SSC offre la possibilità di sviluppare un legame precoce fra il bambino ed una figura genitoriale di riferimento. Dal punto di vista biologico, il momento della nascita è un periodo critico.

Secondo le linee guida nazionali è considerato uno standard assistenziale (NICE 2015; EFCNI 2018; WHO 2018; Task Force SUPC-Società Italiana di Neonatologia 2023) perché da questo contatto derivano la facilitazione per l'avvio dell'allattamento, la riduzione del pianto e dello stress neonatale, il mantenimento di valori di glicemia più elevati, un migliore termocontrollo e una maggior stabilità cardiorespiratoria del neonato, l'attivazione dell'ossitocina materna.

Vi sono diversi meccanismi alla base del beneficio dello SSC, ma il principale è rappresentato dalla co-regolazione madre-neonato; il loro stretto contatto costituisce un sistema evoluto ed autoregolato che, quando funziona bene, favorisce la salute e la crescita reciproca. Questo sistema genera un senso di sicurezza. Esso contiene al suo interno dei "regolatori nascosti" – segnali fisiologici, comportamentali e psicologici che mamma e neonato si scambiano – in grado di regolare la fisiologia, l'umore ed il comportamento per una crescita sana. Gli effetti regolatori dell'odore materno, del latte materno e dello SSC sulla fisiologia del neonato, sull'allattamento al seno, sul sonno e sullo sviluppo cerebrale sono stati ben dimostrati. Tra questi, il sonno potrebbe essere il fattore più potente, in quanto lo sviluppo cerebrale avviene principalmente durante le fasi del sonno. I bambini separati dalla madre hanno cicli del sonno disturbati, mentre, nei neonati pretermine, lo SSC favorisce la maturazione del sonno, accelerando di conseguenza la maturazione cerebrale. Allo stesso modo, questi sistemi regolano il comportamento alimentare, offrendo maggiori opportunità di succhiare al seno, con lo SSC che fornisce una elevata quantità di segnali sensoriali in grado di promuovere un precoce allattamento al seno esclusivo.

Anche i neonati sono in grado di esercitare potenti influenze regolatorie sui genitori attraverso il loro comportamento, i vocalizzi e gli odori. Ciò determina risposte sia ormonali, ad esempio la produzione di ossitocina, testosterone e prolattina, che

dell'attività cerebrale, nelle madri e nei padri. Lo SSC è importante per i papà, e il loro coinvolgimento favorisce uno SSC non interrotto. Anche altri familiari stretti possono contribuire. L'attenzione alla tecnica dello SSC è importante. È fondamentale che vi sia un vero e proprio contatto pelle a pelle senza l'interferenza di alcun indumento fra il bambino e l'adulto e che le vie respiratorie siano al sicuro e ben protette. (Società Italiana di Neonatologia)[11][12]

Il Sostenere l'allattamento: questo non implica forzare l'allattamento anche se nel neonato non si sia avviato lo stimolo della suzione. Significa porre attenzione ai tempi neonatali e materni, far si che il neonato si avvii verso il seno in maniera autonoma e tenere il tutto il più fisiologico possibile intervenendo solo quando ce ne sia bisogno.

Durante lo skin to skin il neonato sente il battito cardiaco della madre, il respiro e l'odore. Queste sensazioni sono familiari a lui e lo aiutano nell'adattamento extrauterino: l'odore del colostro ricorda l'odore del liquido amniotico, il battito materno lo ha accompagnato per tutto il periodo intrauterino.

L'ostetrica deve andare a tutelare questo legame e sostenere l'allattamento, che in molti casi viene da sé. È il neonato che cerca la figura materna, che si muove verso il capezzolo, che odora il colostro e che si attacca in maniera spontanea. Un attaccamento precoce al seno aiuta a mantenere la corretta temperatura del neonato, previene le ipoglicemie e lo aiuta ad adattarsi.

Non tutti i bambini vogliono poppare da subito in sala parto. In questi casi non bisogna preoccuparsi né forzarli, ma lasciarli in contatto pelle a pelle. Il contatto pelle a pelle consentirà di cogliere il momento giusto quando il neonato sarà pronto.

Il "primo latte" che la mamma vedrà sarà il colostro. Il colostro viene prodotto prima della nascita e per i primi giorni di vita. Segue il latte di transizione, una miscela di

---

[11] NJ. Bergman, B. Westrup, P. Kuhn, N. Bertoncelli, S. Caballero, K. Konig: European Standards of Care for Newborn Health "Cure per lo sviluppo centrate sul bambino e sulla famiglia". Consultato il 08/04/2026 https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2021/07/Final-8.10-Family-Infant-CDC-Very_early_and_continuous_skin-to-skin_contact-ITA.pdf

[12] Società Italiana di Neonatologia: "European Standards of Care for Newborn Health" pagg. 335-340

colostro e latte maturo, e infine il latte maturo, a partire dalla seconda settimana circa dopo la nascita.

Sebbene alla nascita siano disponibili solo piccole quantità di colostro, è l'alimento perfetto per i neonati nei primi giorni di vita. Il colostro sviluppa il sistema immunitario del bambino. I fattori immunitari vengono trasferiti dalla madre al bambino attraverso il colostro. Il colostro agisce come lassativo aiutando il bambino a espellere il meconio e questo aiuta a prevenire l'ittero. [13]

Il Rispettare la triade: con l'evento del parto si assiste non solo alla nascita del neonato ma anche alla nascita della figura materna e paterna. È importante andare a limitare le separazioni inutili.

Per tutte le procedure non urgenti, come rilevazioni antropometriche (peso, lunghezza e circonferenza cranica), bagnetto e prima visita neonatologica, che vanno a interferire con l'incontro o a separare la diade, potremmo attendere almeno fino a quando non avviene la prima poppata al seno adeguata.

Diventa evidente, al netto di queste informazioni, che non ha alcun senso interrompere un momento così importante per la costruzione della relazione, dell'imprinting della genitorialità e dell'attaccamento, in favore di quegli atti assistenziali. Persino l'esecuzione delle prime manovre di rianimazione neonatale è raccomandata con funicolo intatto, pelle a pelle sulla mamma.

In questi ultimi anni, all'interno di alcuni ospedali, sono nati dei protocolli, "la sorveglianza dello skin to skin", dall'esigenza degli operatori che promuovono i comportamenti di accudimento, favoriscono l'avvio dell'allattamento e supportano gli adattamenti metabolici, cardiorespiratori e respiratori neonatali.

[13] Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù". Consultato il 08/04/2026 https://www.ospedalebambinogesu.it/allattamento-materno-80501/

Diventa sempre più di fondamentale importanza rafforzare la consapevolezza dei genitori sul ruolo che l'incontro ha nel gettare le basi per quello che viene dopo, dalla relazione, all'accudimento, al nutrimento. (WHO, 2022)[14]

Il Clampaggio ritardato del cordone: nel corso degli anni grazie all'avvio di molti studi si è scoperto che un clampaggio ritardato del cordone oltre a favorire l'avvio del bonding, consente all'emoglobina fetale di passare dando un aiuto al neonato nel passaggio da quest'ultima a quella normale. Nell'attesa della nascita della placenta si assiste al "tempo dell'incontro" e il clampaggio del cordone si colloca proprio in questa finestra. Un articolo di Verena Schmid, ostetrica e fondatrice della SEAO, viene sottolineato che "Non è possibile stabilire un tempo preciso per il taglio del cordone, poiché la sua pulsazione e funzione sono dettate dai bisogni individuali. Il metodo più sicuro per rispettare il bambino è aspettare la spontanea espulsione della placenta."

Da un punto di vista biologico, la placenta è un organo fetale e neonatale, sebbene temporaneo. Quando si impianta la blastocisti, l'80% di quelle cellule diventa placenta, e il 10-20% diventa embrione. La placenta è funzionale alle esigenze fetali, quindi anche neonatali. Da un punto di vista strettamente metodologico, fino a quando la placenta è attaccata all'utero, è una macchina cuore-polmone funzionale al bambino, fino a quando la placenta è attaccata all'utero, il parto non si è concluso.

Il neonato, per adattarsi alla vita extrauterina, ha bisogno che i polmoni funzionino e che l'aria entri. Per potersi riempire, i polmoni hanno bisogno di sangue. Il sangue che arriva alla circolazione polmonare drena il liquido presente negli alveoli (liquido a metà strada fra quello amniotico e il plasma) e questi, liberi, possono ricevere l'aria e cominciare a scambiare gas fra l'ambiente e il sangue del neonato.

Se lasciamo che il sangue contenuto nella riserva placentare fluisca regolarmente attraverso la vena ombelicale nei polmoni per drenare il liquido alveolare e consentiamo la transizione, l'adattamento del neonato alla vita extrauterina sarà ottimale, almeno dal punto di vista respiratorio fisiologico.

[14] WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience (OMS, 2022) pagg. 64-68

Il sangue cordonale è composto anche da cellule staminali. Queste si differenziano in emopoietiche e mesenchimali e hanno tempi diversi di migrazione dalla placenta al neonato.

Le cellule staminali emopoietiche sono responsabili della formazione di tutto ciò che scorre nei vasi sanguigni, del sistema immunitario e anche dell'apparato extravascolare, del sistema linfatico e degli organi linfatici. Quando la vena ombelicale si è svuotata, si sono assunte praticamente tutte le staminali emopoietiche; è infatti un'assunzione abbastanza rapida che avviene nell'arco di diversi minuti (non secondi). Una volta avvenuto il secondamento (mezz'ora, un'ora, un'ora e mezza dopo) probabilmente le cellule staminali emopoietiche sono già per la maggior parte incamerate dal neonato.

Ci sono però le cellule staminali mesenchimali che sono disperse nella gelatina di Wharton che ricopre il cordone ombelicale. Le cellule staminali mesenchimali sono responsabili di tutti i processi di guarigione, di riparazione del danno, di cicatrizzazione. Quindi mentre un tipo di cellule sovrintende alla prevenzione, al fronteggiare il danno tramite il sistema immunitario (le staminali emopoietiche), le altre (le staminali mesenchimali) sovrintendono alla salvaguardia dell'organismo e a ripristinare le funzioni che sono state danneggiate, qualora le prime non siano riuscite a evitare il danno.

L'afflusso di sangue cordonale permette al neonato di non incorrere in disidratazione. Il cordone intatto dà infatti un supporto idrico-elettrolitico ma non solo: sarà più attivo, si attaccherà al seno più frequentemente, si idraterà maggiormente.

I rischi di un clampaggio precoce del cordone sono anche per la mamma. "Clampando subito, infatti, con il cordone ombelicale ancora pieno di sangue e la placenta ancora attaccata all'utero, si aumenta il rischio di emorragie materne, poiché la placenta stenta a fuoriuscire fisiologicamente. Invece, quando il cordone ombelicale si è svuotato, il bambino stimola la pelle della mamma e si attacca al seno; si favorisce l'espulsione fisiologica della placenta e, così facendo, si limita il numero di emorragie. A quel punto il vero sospiro di sollievo è nel constatare che il bambino sta bene, la mamma non perde sangue, sono insieme entrambi e il *bonding* può iniziare." (Schmid) [15]

[15] Verena Schmid: Rivista "Donna&Donna: Le competenze del bambino" pagg. 39-43

Il Rooming-in: “prevede la permanenza e l’assistenza di mamma e neonato in una stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza nei giorni successivi al parto da parte di figure professionali specificatamente identificate tra quelle previste nelle unità di degenza materno-infantili. In condizioni fisiologiche o a basso rischio il rooming-in costituisce uno standard assistenziale di riferimento che, col supporto e la supervisione del personale sanitario, risulta appropriato per la maggioranza delle coppie madre-neonato (Ministero della Salute 2014).” Questa pratica va a promuovere l’avvio dell’allattamento e della relazione tra la madre e il neonato, facilita la colonizzazione con i germi materni riducendo il rischio di infezioni ospedaliere e promuove cure individualizzate in risposta ai bisogni del neonato

Per la mamma il rooming-in rappresenta l’opportunità di un’esperienza immediata e diretta di accudimento. Il personale sanitario supporta la madre nell’accudimento del neonato, favorendo gradualmente l’autonomia materna e promuovendo la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (empowerment). La condivisione della stanza da parte della diade consente inoltre una più facile e precoce identificazione di eventuali impedimenti o difficoltà nella gestione in autonomia del bambino, in modo da favorire una dimissione appropriata e protetta

Il rooming-in inizia dal momento in cui la madre è in grado di rispondere, dopo il parto, alle richieste del bambino e prosegue durante tutto il periodo di ospedalizzazione. Viene proposto di routine dal momento dell’accettazione ostetrica nell’area puerperio e per l’arco di tempo più lungo possibile, auspicabilmente 24/24 h, sia di giorno che di notte, ad eccezione dei momenti necessari per effettuare quelle procedure assistenziali su madre-neonato che giustifichino una separazione.

1.4 Ostacoli del bonding

Il bonding purtroppo non è una pratica sempre possibile da applicare, ci sono delle condizioni per cui non è possibile adottarla, ma si potrà sempre andare a recuperare in un processo chiamato Rebonding.

Ad esempio, un parto operativo può andare ad influenzare il bonding. Per parto operativo si intende una procedura ostetrica che prevede l’applicazione alla testa del

feto del forcipe o della ventosa per gestire la seconda fase del travaglio e facilitare il parto.

In Italia il POV si basa sull'impiego della ventosa ostetrica (Omnicup) mentre il forcipe è utilizzato raramente.

L'applicazione della ventosa o anche solo l'esecuzione di un'episiotomia può ostacolare il contatto pelle a pelle sia per fattori fetali sia per fattori materni.

Un cesareo programmato e non potrebbe essere un'altra causa per cui non avviene il bonding. Il cesareo prevede dei tempi di esecuzione più lunghi rispetto a un parto naturale, esso avviene in una sala operatoria dove è necessario mantenere delle temperature più basse rispetto alle sale parto e ciò può andare ad influire sulla temperatura del neonato.

Nel caso invece di eventi severi che possono portare a un cesareo di urgenza/emergenza, la separazione precoce tra madre e neonato è inevitabile per andare a garantire il benessere di entrambi.

Questa situazione si può presentare anche dopo un parto eutocico, magari per una grave ipotermia neonatale o per un'emorragia post-partum materna, che prevede livelli di complessità più elevati più per cui non si riesce a dare il giusto spazio alla triade.

Diversa causa può essere data dai fattori psicologici materni, per cui la donna non si sente pronta ad accogliere il neonato tra le braccia ma ha bisogno di tempo per accettare l'evento della nascita. In questi casi non bisogna obbligare la donna a tenere il proprio bambino e non bisogna neanche farla sentire in colpa. Si devono rispettare i tempi della donna indipendentemente dalle nostre condizioni e dalle nostre aspettative: lei avrà tempo in un futuro di metabolizzare e accogliere il neonato. Se non si va a rispettare la scelta della donna, si potranno avere delle conseguenze più gravi rispetto al mancato bonding, come ad esempio la Depressione Post-Partum.

A questo proposito, va attenzionata durante il momento del parto e del bonding, anche se in realtà andrebbe attenzionata in tutto il periodo della gravidanza e del post-parto, la DPP, ovvero la depressione peripartum. La depressione peri-partum è un disturbo dell'umore che può colpire durante la gravidanza o nel primo anno dopo il parto.

La gravidanza e il primo anno dopo il parto, noti come periodo perinatale, costituiscono una fase di enormi cambiamenti fisiologici, psicologici e sociali nella vita delle donne. Si stima che 1 donna su 5 sviluppi problemi di salute mentale nel periodo perinatale, in particolare depressione e ansia, che sono i disturbi più frequenti.

La DPP può influire negativamente sulla salute della madre, sulla salute e sullo sviluppo del feto/neonato prima e del bambino poi, e sulle relazioni familiari. Molti casi di disturbi dell'umore postpartum non vengono diagnosticati e curati. Al fine di prevenire la DPP e offrire uno screening tempestivo seguito da un trattamento appropriato, è cruciale disporre di linee guida cliniche basate su evidenze scientifiche.

Il 7 novembre 2023, le Linee guida sono state presentate in occasione di un evento dedicato al Parlamento europeo, organizzato da Make Mothers Matter e ospitato dall'eurodeputata Maria Noichl, con il contributo dell'eurodeputata Radka Maxová. L'evento ha incluso un appello all'azione rivolto a tutti i responsabili politici e all'intera comunità europea da parte di Riseup-PPD, affinché la salute mentale materna diventi una priorità, l'assistenza alla salute mentale sia accessibile a tutte le donne e si sviluppino nuove politiche per la depressione perinatale che integrino le Linee guida di Riseup-PPD.[16]

1.5 Conseguenze a lungo termine di un bonding efficace

Il bonding viene studiato in maniera approfondita e valorizzato perché, oltre ad avere dei benefici a breve termine come la stabilizzazione della temperatura corporea neonatale, regola il battito cardiaco e la respirazione materno-fetale, promuove il rilascio di ossitocina materna per le contrazioni uterine nel post-parto e ha delle ripercussioni positive anche nel lungo termine in termini emotivi, relazionali e neurobiologici.

[16] European Cooperation in Science & Technology: “New guidelines for peripartum depression” https://www.cost.eu/riseup-guidelines-peripartum-depression/ Consultato il 30/04/2026

Il bonding rappresenta la base psicobiologica dello sviluppo emotivo e sociale a lungo termine. Ciò rappresenta a sua volta l'essenza del cosiddetto "effetto tampone del supporto da parte degli adulti", la cui assenza produce "stress tossico" durante lo sviluppo, nel corso della prima infanzia. I molteplici benefici dello SSC determinano una riduzione dei danni da stress tossico causati dalla separazione. Recenti sviluppi nell'ambito dell'epigenetica e delle neuroscienze dello sviluppo, insieme a spunti provenienti dalla teoria delle scienze biologiche (biologia evolutiva) e da studi preclinici, suggeriscono nuovi paradigmi per migliorare gli outcomes neonatali, vale a dire favorire da parte dei genitori cure precoci e delicate che, andando incontro alle esigenze del cervello in via di sviluppo, pongono le basi per migliorare gli outcomes a lungo termine.

Durante il bonding pre e postnatale avviene uno scambio neurochimico e neurofisiologico che pone le basi per lo sviluppo di circuiti nervosi dedicati alla modulazione emotiva e alla regolazione delle reazioni, fondamentali per il benessere futuro del bambino. Durante la gravidanza, ad esempio, tecniche di rilassamento materno, come la meditazione o il training autogeno, non solo danno beneficio alla madre, ma influenzano positivamente anche il feto, stabilizzando le sue risposte neurovegetative. Una madre che pratica regolarmente esercizi di respirazione consapevole può, dunque, modulare indirettamente l'ambiente emotivo del bambino in utero.

I benefici a lungo termine sono:

- Aumento dei tassi di allattamento al seno, oltre la fase neonatale
- Miglioramento del legame genitore-bambino e della salute mentale
- Miglioramento dell'immunità, diminuzione delle riospedalizzazioni
- Riduzione della morbilità legata alla prematurità, in età adulta
- Miglioramento dell'outcome neurologico
- Miglioramento del comportamento sociale nella prima età adulta
- Diminuzione dello stress dai genitori
- Miglioramento degli outcomes materni legati all'allattamento al seno

Molti studi, infatti, hanno dimostrato che il contatto precoce può migliorare la crescita nei prematuri, può aiutare a ridurre il rischio di depressione postnatale nelle madri e che i neonati a lungo termine soffrono meno di stress e ansia….

Fin dalla nascita, questo contatto andrà a stabilire un legame sicuro tra i genitori e il neonato, andando così ad influenzare positivamente lo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino, rendendolo più sicuro di sé e socialmente più competente. Nel bambino si andrà a riconoscere la sua capacità di riconoscere ed esprimere le emozioni, di autoregolarsi di fronte a situazioni di stress, questo perché la presenza di una madre responsiva consente al neonato di sperimentare il senso di sicurezza e in futuro di andare ad esplorare.

Il bonding avrà anche conseguenze positive per la madre: la donna tenderà ad aumentare il proprio senso di competenza genitoriale, poiché l'instaurarsi di un'interazione precoce, stabile e "leggibile" con il bambino facilita la costruzione di aspettative realistiche e rende progressivamente più agevole la comprensione dei segnali del neonato. In particolare, il contatto consente di interpretare più rapidamente i segnali di disagio, fame, sonnolenza o bisogno di consolazione, migliorando la capacità di anticipare i bisogni e di rispondere in modo contingente. Di conseguenza, il legame si associa a una percezione di efficacia personale più elevata, capace di sostenere la fiducia nelle proprie capacità di accudimento e di attenuare quelle reazioni di incertezza, timore e autosvalutazione che talvolta accompagnano l'avvio del ruolo materno. La maggiore sicurezza di sé, inoltre, può tradursi in scelte più coerenti e tempestive nelle routine quotidiane (ad esempio nei momenti di nutrimento, consolazione e regolazione degli stati di attivazione), con effetti indiretti sulla qualità delle interazioni: la madre tende infatti a calibrare meglio modalità, intensità e tempi della risposta, favorendo un maggiore livello di sintonizzazione emotiva e comportamentale. Tale dinamica contribuisce anche a sostenere la continuità delle cure nel tempo, riducendo la frammentazione delle risposte e promuovendo una gestione più fluida delle transizioni tra diverse fasi della giornata. Pertanto, il rafforzamento del legame favorirà un più agevole adattamento al ruolo materno, sostenendo l'assunzione consapevole delle responsabilità proprie della genitorialità e promuovendo un'organizzazione emotiva e

comportamentale più funzionale alle esigenze del neonato, in un equilibrio più stabile tra coinvolgimento affettivo, disponibilità e gestione delle richieste.[17]

[17] Società Italiana di Neonatologia: "European Standards of Care for Newborn Health" Pagg 273, 308, 315-319

2° CAPITOLO

I PRIMI MILLE GIORNI DI VITA

La salute e lo sviluppo dell'individuo sono il risultato di un processo complesso che ha origine già prima della nascita e che prosegue attraverso le diverse fasi della vita. In tale prospettiva, la gravidanza e i primi anni di vita rappresentano un periodo di particolare rilevanza, caratterizzato da una rapida crescita e maturazione dell'organismo e da una significativa sensibilità alle influenze provenienti dall'ambiente. È all'interno di questo continuum che si colloca il concetto di primi 1000 giorni, espressione con la quale si identifica convenzionalmente il periodo compreso tra il concepimento e il compimento del secondo anno di vita.

L'interesse scientifico nei confronti di questo intervallo temporale deriva dalla crescente consapevolezza che le esperienze che si verificano durante la gravidanza e nei primi anni di vita possano contribuire allo sviluppo fisico, neurologico, cognitivo, emotivo e sociale del bambino. Il rapido sviluppo cerebrale che caratterizza questa fase, associato all'elevata plasticità dell'organismo, rende, infatti, il feto e il bambino particolarmente sensibili alle condizioni ambientali e alle esperienze precoci. I primi anni non devono tuttavia essere considerati come un periodo nel quale il futuro dell'individuo viene determinato in maniera irreversibile, bensì come una fase di particolare sensibilità e, al contempo, una significativa opportunità di promozione della salute e dello sviluppo.

Il modello contemporaneo dei primi 1000 giorni supera una visione esclusivamente biologica dello sviluppo infantile e considera il bambino all'interno dell'ambiente nel quale cresce. La salute materna, la nutrizione, le condizioni socioeconomiche, la sicurezza, la possibilità di apprendimento e la qualità delle cure ricevute concorrono infatti alla costruzione delle traiettorie di sviluppo. In questa prospettiva, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme a UNICEF e World Bank Group, ha sviluppato il Nurturing Care Framework, individuando nella salute, nella nutrizione adeguata, nella sicurezza e protezione, nelle opportunità di apprendimento precoce e nelle cure responsive le principali componenti necessarie a sostenere lo sviluppo del bambino.

Particolare attenzione viene quindi attribuita alle esperienze relazionali precoci. Il bambino, fin dalle prime fasi della vita, è inserito all'interno di un sistema di relazioni attraverso il quale riceve protezione, nutrimento, stimolazione e regolazione. La capacità del caregiver di riconoscere e rispondere in maniera adeguata e tempestiva ai segnali del bambino costituisce una componente essenziale delle cure responsive e contribuisce alla costruzione di un ambiente favorevole allo sviluppo. L'OMS sottolinea infatti come lo sviluppo della prima infanzia sia strettamente connesso alla qualità delle interazioni tra il bambino e le figure che si prendono cura di lui.

All'interno di questa prospettiva, i primi 1000 giorni possono essere considerati non soltanto come una finestra temporale caratterizzata da importanti processi biologici, ma come un continuum evolutivo e relazionale che prende avvio prima della nascita e prosegue attraverso la gravidanza, il parto e i primi anni di vita. La nascita rappresenta, in questo percorso, un momento di transizione nel quale il bambino passa dall'ambiente intrauterino a quello extrauterino e la relazione precedentemente sviluppatasi durante la gravidanza assume nuove modalità di espressione attraverso il contatto, l'interazione e le cure quotidiane.

La prospettiva dei primi 1000 giorni permette pertanto di ampliare quanto discusso nel capitolo precedente in merito al bonding, collocandolo all'interno di un più ampio modello di sviluppo e di salute materno-infantile. Se il bonding rappresenta una dimensione fondamentale della relazione che si costruisce tra genitore e bambino, i primi 1000 giorni costituiscono il contesto temporale nel quale tale relazione può svilupparsi, trasformarsi e consolidarsi attraverso le diverse esperienze che caratterizzano il periodo perinatale e la prima infanzia.

Comprendere le caratteristiche e la rilevanza dei primi 1000 giorni risulta quindi fondamentale per interpretare il percorso che dalla gravidanza conduce ai primi anni di vita e per comprendere come fattori biologici, ambientali e relazionali possano interagire tra loro. Tale prospettiva assume particolare rilevanza nell'ambito ostetrico, poiché consente di considerare la gravidanza e il periodo della nascita non come eventi isolati, ma come parte di un percorso più ampio di promozione della salute e dello sviluppo della diade madre-bambino.

Il presente capitolo si propone pertanto di approfondire il significato dei primi 1000 giorni, analizzandone le principali caratteristiche e le evidenze scientifiche relative allo sviluppo fetale e infantile, alla plasticità cerebrale, all'influenza dell'ambiente e alla qualità delle esperienze precoci. Particolare attenzione sarà dedicata alla continuità tra periodo prenatale e postnatale, al ruolo delle relazioni e delle cure responsive e al significato della gravidanza, della nascita e dei primi due anni come momenti interconnessi all'interno dello sviluppo del bambino. (WHO)[18]

2.1 La Nurturing Care

Nurturing Care è un termine coniato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) insieme a diversi enti internazionali e si traduce con le cure che nutrono, le cure premurose, la cura significativa, di qualità; si intendono quell'insieme di condizioni che assicurano ai bambini e alle bambine Salute, Nutrizione, Genitorialità responsiva, Sicurezza e Opportunità di apprendimento precoce

La Nurturing care è un'iniziativa per "promuovere la genitorialità responsiva e lo sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dalla nascita", allo scopo di proteggere, promuovere e sostenere il loro migliore sviluppo possibile nei primi 1000 giorni.

Si tratta di un approccio al primo sviluppo del bambino, basato sulle evidenze scientifiche, che considera i primi mille giorni come fondamentali per indirizzare la salute fisica, mentale e sociale di tutta la vita successiva.

La crescita nei primi anni di vita è influenzata dalla predisposizione genetica, ma è anche molto sensibile all'ambiente e alle relazioni. Le interazioni, gli oggetti e gli stimoli sensoriali che il bambino sperimenta dal concepimento fino ai due anni creano un bagaglio di conoscenze e connessioni fondamentali per la vita. Nei primi mille giorni, la velocità e l'entità della crescita del corpo e del cervello sono sorprendenti e irripetibili nel successivo sviluppo.

[18] WHO: "Nurturing Care for Early Childhood Development" Pag. 9

Al progetto partecipano l'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), il Centro per la Salute del Bambino (CSB), la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) e l'Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia (OPORP), il Comitato Italiano per l'Unicef e Save The Children Italia.

Nei primi mille giorni del bambino, ovvero fino al secondo anno di vita, si può fare molto per il suo sviluppo e la sua salute. Sono 1000 giorni in cui è possibile nutrire (nurturing) i bambini e le bambine con stimoli ed esperienze per favorire le trasformazioni fisiche, psichiche, motorie e relazionali di questo periodo, e promuovere la sua salute futura. Infatti, la Nurturing care si basa sulle evidenze raccolte in circa 20 anni, sui rischi e i danni provocati dalla mancanza di opportunità e stimoli di sviluppo cognitivo e socio-relazionale nei primi anni dei bambini, anni cruciali della loro vita.

Il concetto di cure che nutrono rientra in diversi ambiti di cura, alcuni che prevedono l'impegno delle famiglie, altri quello degli operatori sanitari, degli educatori e della comunità. Nei primi anni del bambino e della bambina, ad esempio, la famiglia e i genitori hanno un ruolo fondamentale per lo sviluppo cognitivo, per l'educazione a sani stili di vita (tra cui alimentazione e movimento), per le relazioni affettive e sociali. L'atteggiamento dei genitori, cioè l'esempio e le abitudini della famiglia, può fare la differenza per la salute, il benessere e lo sviluppo del proprio figlio e figlia.

Infatti, lo sviluppo del bambino è influenzato da tanti fattori diversi tra cui l'alimentazione materna in gravidanza e le abitudini alimentari che i genitori adottano, l'allattamento al seno, l'esposizione a eventuali sostanze tossiche (fumo di sigaretta, ad esempio) o inquinanti ambientali, la qualità della relazione con i genitori e in famiglia, sulla cui base si fondano le competenze cognitive e relazionali che il bambino svilupperà da giovane e da adulto.

Tuttavia, i bambini non vanno forzati a imparare né serve sovrastimolarli: ogni bimbo, così come ogni individuo, ha i propri tempi, e per crescere sano e imparare ad avere relazioni sane, serve amore. Ad esempio, è ormai ampiamente dimostrato che i bambini

trascurati e che non ricevono stimoli, non sviluppano appieno tutte le aree del loro cervello. (WHO)[19]

2.2 Fattori di rischio e Fattori di protezione

Per fattori di rischio si intendono tutte le condizioni e situazioni che aumentano il rischio di un esito sfavorevole per la salute fisica e mentale, lo sviluppo e l'educazione.

Ne fanno parte molteplici, tra cui in primis va considerato lo stato economico e sociale del bambino. La povertà, le cattive condizioni abitative, la malnutrizione e l'insicurezza nella comunità sono i principali. La carenza di risorse economiche limita l'accesso a cibo sano, cure e un alloggio sicuro, non portando il bambino a sviluppare le sue potenzialità cognitive e fisiche per una crescita sana e sostenibile.

L'esposizione dei bambini allo smog, a sostanze tossiche e ad ambienti malsani, come genitori fumatori o tossicodipendenti, li porta a uno sviluppo biologico malsano, con inalazione di sostanze tossiche come il fumo passivo, e a un'educazione sbagliata e nociva per sé stessi e, in un futuro, per le persone che li circondano.

La figura genitoriale è la prima a essere educata per poter essere, per il bambino, un fattore educativo, invece che un fattore di rischio. Lo stile di vita genitoriale, malattie croniche mentali e situazioni familiari precarie come violenza domestica, inclusa la violenza assistita, coinvolgono il bambino in un ambiente diseducativo e malsano per la sua crescita mentale e cognitiva.

Anche la figura genitoriale che ha scarse conoscenze o errate sui bisogni evolutivi del bambino influisce sulla sua crescita.

Tra i fattori di rischio vanno anche collocate quelle che sono le condizioni stesse del bambino, come malformazioni, disabilità e malattie croniche, tutte quelle patologie che implicano un altro tipo di educazione e di attenzioni che non comprendono quella che è la Nurturing Care.

[19] WHO: "Nurturing Care for Early Childhood Development" Pagg. 9-11

Con il termine “fattori protettivi” indichiamo quelle condizioni e situazioni che aumentano la probabilità di un esito positivo per la salute, sviluppo, educazione e che riducono il rischio di esiti negativi in caso di esposizione ad eventi avversi.

Il primo fattore da considerare è sicuramente la conoscenza che la figura genitoriale ha riguardo i bisogni educativi del proprio bambino. Per i genitori, essere propositivi nell'informarsi e nello studiare le esigenze che il bambino ha è una base fondamentale per andare ad applicare una buona Nurturing Care. I genitori si devono mostrare aperti verso nuove conoscenze e soprattutto devono avere una buona sintonia e collaborazione per crescere il proprio bambino. Figure adulte che si mostrano contrapposte e non concordi nell’educazione che vogliono dare al proprio figlio vivono questo periodo con frustrazione e il bambino sarà confuso rispetto a quale fronte dare ascolto. La collaborazione in questi primi attimi e in futuro diventa fondamentale per una buona crescita del bambino.

Importante è anche la sicurezza economica che due genitori possono avere sia per offrire al proprio bambino cure basiche e fondamentali per la sua crescita permettendogli così di avere un buon accesso e di qualità ai vari servizi, sia per dargli più opportunità di apprendimento e di conoscenza.

Fondamentale è anche avere una vasta rete sociale, che siano amici o familiari, così che il bambino si possa confrontare con più realtà e apprendere più velocemente. Anche per i genitori questo aspetto è fondamentale: avere persone in ambito familiare che possano dare una mano nella crescita del proprio bambino consente loro di abbassare il carico di stress e di potersi godere con la massima serenità la sua crescita.

L’ultimo aspetto che merita attenzione è la presenza di servizi dedicati al supporto della genitorialità, ad accesso universale e libero, dove i genitori possono trascorrere tempo con i propri figli. Non bisogna sottovalutare la presenza di spazi verdi e aree gioco, per ampliare le possibilità di apprendimento e di interazione con coetanei e con bambini di età maggiore. Anche la presenza di asili nidi permette un apprendimento universale e

completo per i bambini, sia per la presenza di coetanei, sia per la presenza di educatrici che conoscono al meglio le potenzialità di apprendimento che un bambino ha. [20]

2.3 Le conseguenze di una buona Nurturing Care

La Nurturing Care è un documento nato con l'obiettivo di sostenere la genitorialità verso un'educazione adatta ad uno sviluppo precoce del bambino. L'intento di tutte le società che hanno stilato questo documento non è accanirsi contro il bambino fornendogli mille stimoli diversi e giudicare i genitori che non applicano questa filosofia; bensì si tratta di un aiuto che molte società forniscono alle figure genitoriali per la buona crescita del bambino, andando a mettere in luce le potenzialità di entrambi e fornendo una buona guida per un'educazione efficace.

Sostenere la Nurturing Care è fondamentale perché significa mantenere la salute e proteggere dalle avversità future. Ciò che viene donato al bambino nei primi mille giorni diventa un terreno fertile e uno scudo di sicurezza per tutta la vita. Ciò ha un impatto positivo non solo sulla vita del bambino singolo, ma anche della sua famiglia e della società nel suo complesso (WHO).[21]

Quando i bambini crescono in un ambiente di Nurturing Care, hanno maggiori probabilità di crescere in uno stato di benessere, raggiungere il proprio potenziale e ridurre le disuguaglianze sociali.

Lo sviluppo di un bambino nei primi anni di vita predice in modo significativo il suo successo scolastico successivo, così come la sua felicità e il suo benessere a lungo termine. L'apprendimento e lo sviluppo precoci sono costantemente collegati al rendimento scolastico, alla salute fisica e mentale, ai risultati sociali, all'occupazione, ai guadagni, allo status socioeconomico e all'impegno civico. Un'ampia mole di prove che combinano informazioni dagli anni prescolastici fino all'età adulta mostra relazioni significative tra le prime esperienze dei bambini e i risultati successivi. I benefici di un

[20] "Le cure che nutrono (Nurturing Care). La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita" https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/Presentazione%202.2.pdf

[21] WHO: "Nurturing Care for Early Childhood Development" pagg. 26-27

solido apprendimento e sviluppo precoci sono chiaramente evidenti all'ingresso a scuola, al termine della scuola dell'obbligo e successivamente in età adulta.

Allo stesso tempo, nessun singolo ambito di apprendimento precoce può predire in modo affidabile gli esiti futuri dei bambini. Piuttosto, è una combinazione di competenze precoci a supportare lo sviluppo olistico e positivo dei bambini e il loro benessere. Sebbene vi sia una sovrapposizione tra le principali aree di apprendimento e sviluppo precoce, ciascuna ha anche un effetto indipendente sugli esiti successivi. Pertanto, ciascuna di queste dimensioni è necessaria ma non sufficiente per prevedere gli esiti futuri.

Non esiste alcun compromesso tra l'apprendimento precoce e la felicità dei bambini o, dal punto di vista del bambino, tra apprendimento e gioco. I bambini felici e sani sono attivi e curiosi e apprezzano i processi naturali di apprendimento. Questi processi si verificano attraverso le interazioni con la famiglia e altri caregiver, e attraverso diversi tipi di gioco. Attraverso queste esperienze, i bambini imparano a conoscere ed esplorano attivamente il loro mondo, sviluppando al contempo le competenze fondamentali di apprendimento, cognitive, sociali, emotive e fisiche. Sia il gioco libero avviato dal bambino che il gioco guidato sono fondamentali per il suo sviluppo, rafforzando la sua comprensione del mondo e del suo ambiente. Il gioco fornisce un contesto significativo per l'apprendimento dei primi concetti di alfabetizzazione, calcolo e scienze, e promuove la curiosità, la comunicazione e il coinvolgimento emotivo. Apprendimento e gioco sono complementari.

Le interazioni positive con gli altri aiutano i bambini a imparare a esprimere i propri sentimenti e preferenze, ad ascoltare, condividere, regolare le proprie emozioni, risolvere problemi e mantenere l'attenzione e la concentrazione. Queste competenze precoci influenzano l'efficacia con cui i bambini si relazionano con i coetanei e la loro capacità di stringere amicizie. Ad esempio, numerose prove dimostrano un'associazione positiva tra la regolazione emotiva nella prima infanzia, l'apprendimento precoce e la qualità delle amicizie e delle abilità sociali sviluppate nella media e tarda infanzia.

Le prime abilità cognitive, l'autoregolazione, la salute emotiva e le abilità sociali sono tutte associate a una migliore salute mentale in età adulta. I bambini con migliori capacità di comprensione del linguaggio all'età di cinque anni avevano maggiori

probabilità di avere risultati positivi in termini di salute mentale da adulti, tra cui una minore probabilità di depressione, ansia e disagio psicologico. Uno studio longitudinale ha riscontrato una relazione positiva tra la partecipazione a uno specifico programma prescolare e il benessere psicologico a lungo termine. Una migliore autoregolazione e migliori abilità visivo-motorie all'età di cinque anni sono anche associate a un minore malessere in età adulta. Al contrario, una scarsa autoregolazione precoce è associata a successivi disturbi psicologici, in particolare per gli uomini.[22]

2.4 I pilastri della Nurturing Care Framework

La Nurturing Care Framework per spiegare e informare i genitori si sono basati su cinque pilastri fondamentali

1. Buono stato di salute: inteso come l'insieme di cure di qualità, prevenzione, vaccinazioni e promozione del benessere psicofisico.
2. Nutrizione adeguata: comprende sia i micronutrienti per le future madri, il supporto per l'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi, l'alimentazione complementare successiva, fino ad arrivare al cibo sano per prevenire carenze o sovrappeso
3. Sicurezza e protezione: riguarda la sicurezza fisica e ambientale, la sicurezza emotiva data dalla relazione con i genitori e le protezioni dai rischi ambientali, sociali e dallo stress
4. Cura responsiva: ovvero le risposte affettuose, coerenti e attente ai bisogni del bambino, che rafforzano la fiducia e la relazione
5. Opportunità di apprendimento precoce: si traduce in gioco, lettura, stimoli sensoriali e cognitivi fin dai primi mesi di vita (WHO)[23]

Questi 5 pilastri si sostengono a vicenda e sono la base per un'attenta e sostenibile educazione del bambino.

---

[22] Rapporto OCSE (OECD) "*Starting Strong*, *International Early Learning and Child Well-being Study (IELS)*" https://www.oecd.org/en/publications/2026/05/building-strong-foundations-for-life_94626d20.html consultato il 16/08/2026

[23] WHO: "Nurturing Care for Early Childhood Development" Pagg. 12-16

Il primo pilastro riguarda lo stato di salute che comprende per l'appunto le cure di qualità con personale sempre disponibile e cure sempre al massimo dei livelli. Questo non significa che per un raffreddore bisogna somministrare immediatamente l'antibiotico, ma significa stare attenti allo stato di salute del bambino e prevenire quelle che sono le malattie attraverso integratori vitaminici o semplicemente rimanere al caldo e stare attenti a non essere contagiati. I vaccini sono un capitolo che può difficilmente essere toccato, ma è fondamentale andare a prevenire diverse malattie importanti attraverso la loro somministrazione. Oltre ai vaccini che si effettuano nei bambini, è altrettanto importante la vaccinazione in gravidanza che parte da un buon counseling prima o dopo il concepimento. La mancanza più grande che possiamo dare noi operatori sanitari ai genitori è il dialogo. Un buon counseling e una buona spiegazione sui vaccini da effettuare e sul motivo della loro somministrazione possono fare davvero la differenza. Molte donne non conoscono neanche l'esistenza del vaccino o si rifiutano di farlo per paura di conseguenze a breve o a lungo termine al loro bambino. Parlare con le famiglie diventa fondamentale in questi casi per riuscire a infondere fiducia in noi e nelle figure sanitarie di riferimento.

L'ultimo aspetto che va a descrivere questo pilastro è la salute psicofisica, riguardante sia la figura del bambino sia quella del nucleo familiare. Promuovere il benessere psicofisico non riguarda solo andare a prevenire le malattie, ma va ad abbracciare tutti i pilastri inserendosi come base per una buona Nurturing Care perché va a creare le condizioni affinché il bambino possa sentirsi protetto, nutrito, accudito, ascoltato e stimolato, sviluppando progressivamente le proprie capacità.

Il secondo pilastro riguarda invece una buona nutrizione, che parte dal concepimento con l'assunzione di micro e macronutrienti adeguati dalla madre per il feto, l'allattamento esclusivo al seno, fino ad arrivare all'alimentazione complementare e alla totale assunzione di cibo in maniera autonoma da parte del bambino.

Partendo dalla gravidanza, la donna deve stare attenta a quali alimenti assumere, così da andare a prevenire agenti virologici come la toxoplasmosi. Una dieta sana ed equilibrata è la base per una buona gravidanza, non bisogna "mangiare per due" ma assumere tutti i nutrienti di cui una donna ha bisogno.

Da quando nasce il neonato, è importante andare a sostenere un allattamento esclusivo, senza aggiunta di latti artificiali, a meno che ciò non venga prescritto da uno specialista. L'allattamento esclusivo è raccomandato dalle linee guida fino a sei mesi e, per renderlo sostenibile, è compito delle ostetriche e dei pediatri informare e accompagnare la donna in questo percorso. Molte donne vengono scoraggiate quando cercano di intraprendere questa strada a causa di storie raccontate o sensazioni. Sono gli operatori sanitari e le persone che la circondano a dover promuovere l' empowerment e sostenere la donna in questo percorso bellissimo ma anche impegnativo. È importante sia durante la gravidanza che dopo il parto fare un buon counseling sia riguardo all'importanza dell'allattamento esclusivo, sia riguardo alla prevenzione di ingorghi o mastiti, così da rendere la donna consapevole e pronta al percorso da affrontare.

L'alimentazione complementare indica il passaggio da un'alimentazione esclusivamente a base di latte a un'alimentazione fatta di latte e di altri alimenti. Questa integrazione è necessaria perché il latte, a partire dai 6-8 mesi, incomincia a perdere gradualmente la sua completezza per alcune vitamine e sali minerali. Con l'introduzione di altri alimenti, definiti per questo "complementari", è possibile supplire a queste carenze e garantire al bambino una nutrizione adeguata e quindi una crescita regolare.

Con l'inizio dell'alimentazione complementare, l'allattamento materno dovrebbe proseguire almeno fino ai 12 mesi, e anche oltre l'anno a seconda della volontà di mamma e bambino.

L'allattamento durante lo svezzamento ha diversi vantaggi, in particolare, aumenta la capacità del bambino di tollerare i diversi alimenti e riduce quindi la probabilità che compaiano allergie.

Le organizzazioni sanitarie come l'OMS e l'UNICEF considerano il latte materno ideale per il bambino fino ai 6 mesi di vita, pertanto, non è opportuno iniziare lo svezzamento prima del sesto mese, escluse alcune situazioni particolari e su richiesta del pediatra. A sei mesi il bambino sarà in grado di deglutire alimenti solidi, stare seduto sul seggiolone e afferrare gli oggetti per portarli alla bocca.

Non esiste una modalità più consona per introdurre l'alimentazione solida all'interno della dieta del bambino; ognuno va in base alle proprie idee e alle proprie comodità,

sempre concordando con il pediatra che darà i suggerimenti più adeguati, così che la combinazione dei diversi nutrienti sia bilanciata. È importante proporre sempre al bambino nuove consistenze e nuovi gusti, così che lui possa sempre sperimentare e conoscere nuovi alimenti.

Idealmente, all'anno di età (o poco dopo) il bambino dovrebbe condividere il proprio pasto con il resto della famiglia.

Fino a qualche anno fa si consigliava di evitare l'introduzione precoce di alimenti "allergizzanti" così da cercare di prevenire l'insorgenza di alcune allergie alimentari. Recenti studi invece hanno dimostrato che questa usanza non è utile per la prevenzione di allergie, ma bisogna comunque avere alcune accortezze per dare al bambino un'alimentazione sana e sostenibile come:

- Evitare un eccessivo consumo di zuccheri semplici e grassi di origine animale;
- Evitare un eccessivo consumo di proteine animali, alternandole a quelle di origine vegetale (ad esempio i legumi);
- Evitare l'aggiunta di sale nel primo anno di vita;
- Favorire il consumo quotidiano di frutta e verdura;
- Privilegiare i cereali integrali.

Una tecnica molto adottata in questi ultimi anni è l'autosvezzamento che, come dice la parola stessa, è un'alimentazione complementare che rispetta l'innata capacità del bambino di autoregolazione. In concreto, quando il bambino, dopo i sei mesi di vita, comincerà a interessarsi al cibo che i genitori mangiano, andrà assecondato: in occasione di qualsiasi pasto potrà liberamente attingere dai cibi presenti a tavola.

Naturalmente la dieta familiare dovrà essere corretta sotto tutti i punti di vista, qualitativi e quantitativi (sarà bene controllarla con il pediatra). Per far sì che il bambino sia libero di esplorare e di familiarizzare con nuovi alimenti, è importante che i genitori

lo rendano partecipe, tenendolo a tavola con loro e condividendo con lui il momento del pasto.[24]

Il terzo e il quarto pilastro si concatenano tra di loro perché riguardano la sicurezza e la cura responsiva. Per sicurezza e protezione si intende l'ambiente in cui vive il bambino, un ambiente responsivo e protetto verso agenti esterni e interni. I genitori sono la chiave per questa protezione; si devono mostrare come presenze stabili che li custodiscono dai pericoli sociali e dalle forti tensioni che si possono creare tra di loro. I bambini devono crescere in spazi sani, in una casa sicura e con cure costanti. I genitori che vivono la loro relazione con disappunto e una forte sfida rendono l'ambiente del bambino instabile e malsano, dove non si sentirà al sicuro e tenderà a nascondere le proprie emozioni. Un bambino che vive in una casa dove è presente violenza domestica o semplicemente urla e rabbia, quando crescerà, imparerà che quella è la normalità e non saprà regolare le sue emozioni. Bisogna considerare anche la presenza di genitori o persone vicine fumatrici, rimane un rischio sia a breve che a lungo termine. A breve termine riguarda l'inalazione di fumo passivo, dannosa per il bambino dal punto di vista fisico. Gli effetti a lungo termine, invece, comprendono le abitudini che quel bambino andrà a normalizzare. È dimostrato che il figlio di genitori fumatori avrà più probabilità di diventare anche lui un fumatore rispetto ai figli di genitori non fumatori. Stessa cosa, ma in prospettiva più grave, riguarda le famiglie tossicodipendenti. Bisogna tutelare i bambini che vivono in queste realtà e proteggere la loro infanzia e il loro futuro. I bambini in questa età delicata devono poter vivere la loro infanzia con serenità e amore; i genitori devono essere i primi a proteggerli e dare affetto così da poter permettere ai propri figli di tirare fuori il massimo delle loro potenzialità ed avere uno sviluppo ottimale.

[24]Istituto Superiore di Sanità "Alimentazione complementare infantile: la linea guida OMS per la fascia di età 6-23 mesi" Consultato il 17/08/2026 https://www.epicentro.iss.it/allattamento/alimentazione-complementare-infantile-linea-guida-oms-2023

Questo aspetto si concatena in maniera ottimale con il quarto pilastro che consiste proprio nella capacità dell'adulto di osservare, comprendere e rispondere in modo tempestivo, affettuoso e coerente ai segnali e ai bisogni fisici ed emotivi del bambino, costruendo una base sicura per la crescita, l'autoregolazione emotiva e lo sviluppo della relazione.

Esso si va a collegare con il tema dell'attaccamento sicuro di Bowlby, trattato nel primo capitolo e comprende l'ascolto attivo, la tempestività dell'intervento, la coerenza e l'accoglienza emotiva. Per ascolto attivo si intende l'osservare sguardi, gesti, pianti o vocalizzi per decodificare il reale messaggio del bambino. La tempestività viene tradotta con l'intervento in tempi brevi per dare conforto o soddisfare una richiesta, riducendo lo stress e favorendo il rilascio di ossitocina. Con coerenza si fa riferimento al dare risposte stabili nel tempo per insegnare al bambino che il luogo in cui vive è sicuro e affidabile. Infine, attraverso l'accoglienza emotiva si vanno a validare le emozioni del bambino senza giudizio, aiutandolo a nominare e gestire ciò che prova.

Soddisfare ed essere permissivi non significa per forza andare a viziare il bambino, ma significa riconoscere una richiesta di contatto o sicurezza. Promuove quella che è l'autonomia del bambino: sentirsi compreso e contenuto permette al bambino di esplorare il mondo con fiducia, sapendo di avere una base sicura a cui tornare.

L'ultimo pilastro racchiude il cuore della Nurturing Care Framework, ovvero l'apprendimento precoce. Riassume le modalità principali per l'apprendimento, come il gioco, la lettura, gli stimoli sensoriali e di cognizione. Il gioco stimola il movimento e la curiosità, la lettura sviluppa il linguaggio e l'ascolto, gli stimoli sensoriali lo inducono ad esplorare materiali nuovi e suoni diversi, mentre gli stimoli cognitivi lo introducono alla risoluzione di piccoli problemi e lo aiutano a riconoscere volti o oggetti.

I benefici principali che bambini possono sviluppare attraverso queste attività sono:

- Il miglioramento delle capacità di attenzione
- Il creare nuove connessioni celebrali
- Il favorire la sicurezza emotiva e la relazione con gli adulti

Con questo tema quindi, la Nurturing Care Framework, fa riferimento alla possibilità, offerta al bambino fin dai primi giorni di vita, di esplorare, interagire e apprendere attraverso esperienze adeguate alla sua età, all'interno di un ambiente sicuro, stimolante e affettivamente responsivo.

L'apprendimento precoce non coincide con l'istruzione formale: nei primi anni di vita il bambino apprende principalmente attraverso le relazioni con le figure di riferimento, il gioco, l'esplorazione dell'ambiente, il linguaggio e le esperienze quotidiane. Le interazioni ripetute con i genitori e con gli altri caregiver contribuiscono allo sviluppo delle competenze cognitive, linguistiche, motorie, socio-emotive e relazionali.

L'OMS e l'UNICEF sottolineano l'importanza di integrare responsive caregiving e early learning nelle attività quotidiane dei primi anni di vita. L'ambiente familiare diventa quindi il principale contesto nel quale il bambino può sviluppare le proprie capacità, attraverso interazioni affettuose e stimolanti.

Il contatto, la voce, lo sguardo, il tocco e la risposta ai segnali comportamentali del neonato non hanno soltanto una funzione affettiva, ma costituiscono anche occasioni di apprendimento e di comunicazione reciproca. Quando, per condizioni cliniche o per una nascita complessa, queste esperienze vengono interrotte o limitate, favorire successivamente nuove occasioni di contatto e interazione può contribuire alla ricostruzione della relazione genitore-neonato.

In quest'ottica, il Rebonding può essere considerato non soltanto come un intervento finalizzato al recupero della dimensione affettiva, ma anche come un'opportunità per ristabilire quelle interazioni precoci attraverso le quali il bambino apprende.

3° CAPITOLO

RE-BONDING

Il processo di costruzione del legame tra madre e neonato rappresenta un percorso complesso e dinamico, che inizia durante la gravidanza e si consolida progressivamente attraverso le esperienze di contatto, interazione e cura successive alla nascita. Il momento del parto e le prime ore di vita del neonato costituiscono, in quel senso, una fase particolarmente significativa, nella quale le esperienze vissute dalla madre e dal neonato possono influenzare la possibilità di instaurare e consolidare una relazione precoce.

Tuttavia, non sempre le condizioni che accompagnano la nascita consentono di vivere questo momento secondo modalità fisiologiche e favorevoli alla costruzione della relazione. Eventi quali un parto complesso, il ricorso al taglio cesareo, la prematurità, la necessità di cure neonatali intensive o la separazione precoce tra madre e neonato possono determinare l'interruzione o una significativa limitazione delle prime esperienze di contatto e interazione. Tali circostanze non implicano necessariamente l'assenza del legame, ma possono rendere necessario un percorso successivo volto a favorirne la ricostruzione e il consolidamento.

In questo contesto nasce il concetto di Re-bonding Ostetrico, inteso come l'insieme di strategie e percorsi assistenziali finalizzate a sostenere la ripresa e il rafforzamento della relazione madre-neonato quando le esperienze del periodo perinatale hanno ostacolato o limitato il normale processo di bonding. Il Re-bonding non deve pertanto essere considerato come la creazione ex novo di un legame, bensì come un processo di accompagnamento volto a favorire nuovamente la vicinanza, il contatto e l'interazione tra madre e neonato, nel rispetto dei tempi e delle caratteristiche della diade.

Sulla base della revisione della letteratura scientifica e dall'integrazione delle evidenze inerenti le neuroscienze dello sviluppo, i protocolli di Family-Centred Care in ambito intensivo e la continuità assistenziale territoriale (EFCNI, 2018; OMS, 2022; Widström et al., 2019), nel presente lavoro di tesi si propone una classificazione operativa del Re-bonding ostetrico articolata in tre livelli temporali di applicazione:

1. Re-bonding Precoce (0-72 ore dal parto): attuato all'interno del blocco parto o nel reparto di puerperio subito dopo la stabilizzazione clinica della madre o del neonato. Si focalizza sul recupero della transizione neuroendocrina interrotta.
2. Re-bonding Intermedio (fase della degenza speciale o post-dimissione, 3 giorni - 1 mese): praticato nei contesti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Patologia Neonatale o durante il rientro a domicilio, indirizzato a diadi che hanno vissuto separazioni prolungate o complicanze mediche.
3. Re-bonding Tardivo (1 - 6 mesi post-partum e oltre): integrato nei percorsi di supporto territoriale, consultori o assistenza ostetrica domiciliare, rivolto a diadi che manifestano traumi ostetrici non risolti, depressione post-partum, o disturbi della regolazione e dell'allattamento.

Per introdurre l'origine di questo concetto bisogna andare a riprendere gli argomenti trattati nel primo capitolo, ma analizzandoli da un punto di vista diverso. Negli anni '70 i pediatri Marshall Klaus e Jhon Kennell hanno teorizzato l'esistenza di una finestra di opportunità o di un periodo critico riferendosi alle prime ore dopo il parto, credendo che un contatto pelle a pelle immediato vada a stimolare l'imprinting affettivo per mezzo dell'impronta neuroendocrina data dall'ossitocina. Queste teorie, dopo diverso tempo, sono mutate in atti pratici volti a centralizzare il ruolo della madre e del neonato e a difendere questo momento importante per entrambi.

Da questa teoria però nascono delle perplessità da parte di madri che non hanno potuto avere per vari motivi questo momento da condividere con il proprio neonato, sentendosi magari svalorizzate, in colpa o impotenti, credendo che il legame fosse inevitabilmente compromesso.

Da questa esigenza e dalle conseguenze negative di un mancato bonding è nato tra la fine degli anni '80 e gli anni '90 il concetto di Re-bonding. La ricerca clinica e la psicologia perinatale hanno iniziato a rivedere il concetto di periodo critico, sostituendolo con il termine "sensibile", ricollocandolo all'interno della neuroplasticità. L'attaccamento non è un evento binario, ma un processo dinamico e plastico dove l'interruzione del primo tentativo, data dal trauma e dalla medicalizzazione, non esclude la diade dall'avvento dell'attaccamento stesso: essa conserva la capacità biologica e relazionale di riconnettersi.

3.1 Due prospettive complementari: L'Approccio Teoretico-Psicologico di L. A. V. Alford e l'Approccio Pratico-Rituale di B. Meissner

Per comprendere appieno il concetto del Re-bonding in ambito perinatale è fondamentale analizzare i contributi di due figure chiave che, da prospettive differenti, hanno contribuito a definire il modello di riparazione della relazione madre-bambino.

Leigh-Anne V. Alford affronta il Re-bonding da una prospettiva prevalentemente psicoterapeutica e neurobiologica. Il suo contributo nasce dalla necessità di ridimensionare le concezioni nate dalle prime teorie sul Bonding (Klaus & Kennell), che rischiavano di colpevolizzare le madri separate precocemente dai figli.

La dottoressa definisce il Re-bonding come un processo di ristrutturazione dell'attaccamento. L'attenzione è rivolta alla memoria emotiva del trauma, alla riduzione dei sintomi di stress post-traumatico materno e all'elaborazione del lutto per il parto mancato. Si basa sulla plasticità emotiva e cerebrale. Per Alford, la risposta neurobiologica all'attaccamento non si estingue con il passare delle prime ore di vita, ma può essere riattivata attraverso la creazione di una "seconda finestra di opportunità" guidata. La sua intuizione principale è stata quella di teorizzare il Re-bonding non come un semplice "sostituto" del bonding primario fallito o ritardato, ma come una vera e propria seconda finestra di attaccamento. [25]

Questa teoria viene formalizzata all'inizio degli anni 2000 e gli strumenti che lei utilizza per introdurre questo concetto alle coppie che soffrono del mancato bonding sono principalmente il colloquio clinico e il supporto psicologico. Attraverso tecniche di alfabetizzazione emotiva e desensibilizzazione del trauma nella coppia, la psicologa e coloro che adottano il suo metodo riescono a tirare fuori quella che è la plasticità emotiva cerebrale creando questa seconda finestra di opportunità guidata.

[25] "Baby Wellness Fondation" consultato il 09/09/2026 https://babywellnessfoundation.org/news-approfondimenti/ritrovare-il-legame-il-rebonding-come-seconda-finestra-affettiva-nei-primi-mesi-di-vita/

Brigitte Meissner analizza invece il fenomeno con uno sguardo prettamente ostetrico, focalizzandosi sull'esperienza corporea e sulla memoria sensoriale del neonato e della madre.

Meissner concepisce il Re-bonding come un rituale di rinascita (Rebirth). Il trauma della separazione non viene trattato solo sul piano verbale o cognitivo, ma viene "riscritto" attraverso il corpo e i sensi. Il meccanismo chiave si basa sul ripristino della fisiologia della nascita. Attraverso la simulazione delle condizioni endouterine e del passaggio del parto, si mira a stimolare direttamente la cascata neuroendocrina (ossitocina, endorfine) e a resettare lo stato di iper-arousal (cortisolo) del neonato.

L'ostetrica inizia a operare tra la fine degli anni '90 e i primi anni 2000, applicando teorie e strumenti pratici come il Bagno di Guarigione (Babyheilbad), il contatto pelle a pelle prolungato (Skin-to-Skin tardivo) e l'avvolgimento, ovvero gesti concreti, gestibili dall'ostetrica nel contesto domestico o del consultorio.[26]

In ambito assistenziale, questi due approcci non si escludono, ma si integrano perfettamente: il modello di Alford fornisce all'ostetrica la consapevolezza teorica e la legittimazione scientifica del processo riparativo (dimostrando perché il Re-bonding funziona sul piano della neuroplasticità), mentre il metodo di Meissner mette a disposizione gli strumenti operativi e gestuali da applicare sul campo durante il puerperio.

3.2 Basi neuroendocrine e neurobiologiche del Re-bonding

Il processo di Re-bonding non si configura unicamente come una pratica emotivo-relazionale o come un gesto simbolico di accudimento, ma poggia su una base neurobiologica, endocrina e neuropsicologica. La nascita rappresenta una transizione neuroendocrina fondamentale per la diade madre-bambino: quando questa transizione viene interrotta o alterata da eventi avversi, quali un intervento chirurgico d'emergenza,

[26] Verein freier Hebammen, "Hebammenzentrum" https://dein-wunderwerk.de/hebammenleistungen/hebammenleistungen-im-1-lebensjahr consultato il 09/09/2026

una separazione prolungata in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) o un trauma ostetrico, la naturale cascata ormonale e neurosensoriale viene bruscamente interrotta.

Tuttavia, la moderna ricerca in psicologia perinatale e neuroscienze dimostra che il cervello materno e quello infantile possiedono una straordinaria neuroplasticità emotiva e relazionale. Tale plasticità consente di "riprogrammare" ed effettuare un reset dei circuiti neuroendocrini dell'attaccamento anche a distanza di giorni, settimane o mesi dall'evento nascita. L'intervento di Re-bonding agisce direttamente sui due principali assi di regolazione dello stress e dell'affettività: il sistema ossitocinergico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).

3.2.1 Il sistema ossitocinergico

L'ossitocina, rilasciata dalla neuroipofisi nel circolo ematico centrale e periferico, rappresenta la base del bonding primario e della sua successiva riattivazione tramite il Re-bonding.

Durante una sessione di Re-bonding (attraverso il contatto pelle a pelle tardivo, il massaggio o il Bagno di Guarigione), la stimolazione meccanica delicata della cute attiva una specifica classe di recettori tattili ad alta affinità: le fibre C-tattili (C-CT). Queste fibre nervose, presenti nella pelle, rispondono in modo elettivo a sfioramenti lenti, caldi e leggeri, inviando segnali afferenti direttamente all'insula e alla corteccia cingolata anteriore, saltando parzialmente la corteccia somatosensoriale primaria. Questa via neuroanatomica attiva una massiccia secrezione endogena di ossitocina.[27]

Nella madre, l'incremento di ossitocina nel circolo modula l'attività dell'amigdala, riducendo le risposte di ansia, paura e ipervigilanza legate all'eventuale vissuto traumatico del parto. Attiva il cosiddetto sistema di "calma e connessione" (calm-and-connection system) contrapposto al sistema di attacco o fuga (fight-or-flight). Parallelamente, a livello periferico, l'ossitocina stimola il riflesso neuroendocrino di eiezione del latte dai dotti mammari (effetto let-down), incrementa la temperatura cutanea della regione mammaria (fornendo un termostato naturale per il neonato) e

[27] McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, *82*(4), 737–755. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001

promuove i comportamenti tipici dell'accudimento materno (maternal nurturing behavior).

Nel neonato, il picco di ossitocina indotto dal contatto corporeo stimola il vago vegetativo (sistema parasimpatico non mielinizzato), favorendo la bradicardia fisiologica, regolarizzando la frequenza respiratoria e riducendo il tono muscolare di difesa. L'ossitocina aumenta inoltre la motilità gastrointestinale e la secrezione di enzimi digestivi (come la gastrina e l'insulina), agevolando la digestione del latte e l'assimilazione dei nutrienti.[28]

3.2.2 L'Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) e la Down-Regulation del Cortisolo

La separazione precoce e la medicalizzazione forzata del post-partum costituiscono, per la diade, una condizione di minaccia biologica. La perdita improvvisa dell'ambiente regolatore materno provoca nel neonato una violenta attivazione dell'asse HPA e del sistema nervoso simpatico.

Nel neonato separato, i livelli di cortisolo (ormone dello stress) ematici e salivari aumentano esponenzialmente, accompagnati da un'ipersecrezione di catecolamine (adrenalina e noradrenalina). Questa condizione genera due possibili risposte comportamentali e neurovegetative:

1. Protesta (Iper-arousal): pianto inconsolabile, tachicardia, ipertonia muscolare, desaturazione di ossigeno e consumo eccessivo di glucosio ematico.
2. Disperazione/Distanziamento (Ipo-arousal/Conservation-withdrawal): quando la protesta non porta al ricongiungimento, il neonato entra in uno stato di ipo-attivazione difensiva, caratterizzato da letargia, ipotermia, bradicardia e una falsa apparenza di "calma" che nasconde in realtà livelli tossici di cortisolo circolante. (Shonkoff, 2012)[29]

---

[28] Porges S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116–143. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009

[29] Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress.

Il ricongiungimento guidato mediante Re-bonding agisce come un potente freno neuroendocrino. L'insieme del calore corporeo, della pressione tattile uniforme e della presenza della voce materna inibisce il rilascio della corticotropina (CRF) a livello ipotalamico. Si osserva pertanto una rapida e drastica down-regulation del cortisolo, che permette sia alla madre sia al neonato di abbandonare lo stato di difesa ormonale e di ripristinare l'omeostasi metabolica e vegetativa. Il neonato può così accedere allo stato di veglia tranquilla (quiet alert state), fondamentale per l'aggancio visivo e l'avvio della relazione affettiva. (Bergam, 2014)[30]

3.2.3 La Memoria Sensoriale Multimodale come Canale di Riparazione

Il neonato non giunge alla nascita come una tabula rasa: durante il terzo trimestre di gravidanza ha ampiamente esercitato i propri organi di senso all'interno dell'ambiente uterino, sviluppando una vera e propria memoria sensoriale prenatale. Il Re-bonding sfrutta questa memoria arcaica come "chiave d'accesso" per aggirare il trauma della separazione e riattivare la continuità biologica ed emotiva.

Il Sistema Olfattivo e la Memoria Limbica. L' olfatto è uno dei sistemi sensoriali più precoci e potenti. Le molecole odorose del liquido amniotico, delle secrezioni delle ghiandole di Montgomery sul capezzolo e del colostro/latte materno risultano similari. Quando il neonato viene al seno materno durante il Re-bonding, queste tracce olfattive raggiungono direttamente il bulbo olfattivo e le strutture del sistema limbico (in particolare l'amigdala e il complesso ippocampale). Ciò innesca un immediato senso di familiarità, riduce lo stress e guida i riflessi arcaici di orientamento e ricerca del capezzolo (breast crawling tardivo).[31]

L'Imprinting Uditivo e la Sincronia Bio-Comportamentale. l'apparato uditivo del feto è pienamente funzionale già dalla 24ª-28ª settimana di gestazione. Il neonato riconosce con precisione la frequenza della voce materna, l'intonazione del suo parlato e, soprattutto, il ritmo e il timbro del battito cardiaco materno. Durante il contatto skin-to-

[30] Bergman, N. J. (2014). Proposal for mechanisms underlying the brain-sparing effect of kangaroo mother care. Acta Paediatrica, 103(6), 584–590.

[31] Schaal, B., Hummel, T., & Soussignan, R. (2004). Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clinics in perinatology*, *31*(2), 261–vii. (Abstract) https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.003

skin guidato dall'ostetrica, l'ascolto di questi stimoli acustici arcaici contribuisce a sostenere la regolazione del sistema nervoso del neonato. Questo fenomeno, noto come sincronia bio-comportamentale (bio-behavioral synchrony), permette al ritmo cardiaco e respiratorio del neonato di sintonizzarsi con quelli della madre.

Il Canale Tattile e la Percezione di Contenimento (Holding). La pelle è l'organo di senso più esteso e il primo a svilupparsi in utero. La perdita del contenimento della parete uterina durante un parto traumatico o la separazione in culla/incubatrice genera una sensazione di frammentazione spaziale. L'avvolgimento (swaddling), la pressione profonda e delicata fornita dalle mani della madre o l'immersione nell'acqua calda del Bagno di Guarigione ricreano la stimolazione propriocettiva e tattile dell'ambiente endouterino, offrendo al neonato l'esperienza neuropsicologica del contenimento (holding) teorizzata da Winnicott (1965) e concretizzata da Meissner (2006). (Winnicott, 1965) [32]

Comprendere le basi neuroendocrine del Re-bonding fornisce all'ostetrica la giustificazione scientifica per superare la convinzione che la riparazione del legame sia un processo esclusivamente psicologico o verbale. L'ostetrica, in qualità di custode della fisiologia e dell'esperienza corporea del puerperio, si posiziona come la figura professionale ideale per facilitare questi processi. Agendo sulle leve della stimolazione sensoriale (temperatura, contatto cutaneo, ambiente acustico e olfattivo protetto), non fa altro che creare le condizioni neurobiologiche adatte affinché la cascata ossitocica materno-neonatale possa riattivarsi, abbattendo gli ormoni dello stress e consentendo alla diade di riscoprire la propria naturale sincronia relazionale.

[32] Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International Universities Press. Pagg. 37-55

4° CAPITOLO

Indicazioni Cliniche del Re-bonding Ostetrico

Il Re-bonding dovrebbe essere applicato in molti contesti clinici ed è basato sulla neuroplasticità strutturale e funzionale che caratterizza sia il cervello materno, sia il sistema nervoso centrale del neonato. Questo consente la riattivazione e la riprogrammazione dei circuiti ossitocinergici e la down-regulation dell'asse HPA anche a distanza di giorni, settimane o mesi dall'evento nascita. Il Re-bonding, pertanto, non è una semplice ripresa del contatto skin-to-skin tardivo, ma si basa su una matrice di interventi ostetrici personalizzati e graduali, la cui applicazione trova indicazione in presenza di tre macrocategorie di eventi:

1. Interruzioni della continuità biologica e sensoriale: eventi avversi o traumatici che alterano la naturale sequenza neuroendocrina del parto e del post-partum immediato.
2. Manifestazioni di stress materno o neonatale: quadri clinici nel neonato o nella madre che segnalano uno stato di persistente iperattivazione o ipoattivazione dello stress.
3. Fratture dell'esperienza della maternità: vissuti di perdita, trauma o alienazione legati alla modalità di espletamento del parto o all'inizio della relazione con il neonato.

L'evento scatenante, come una separazione precoce, un trauma o una patologia, porta alla rottura della diade con conseguente iperattivazione del sistema HPA, soppressione ossitocinica e frammentazione della rappresentazione del neonato. Attraverso una valutazione clinica ostetrica, si può correggere questo stato applicando la pratica del Re-bonding.

In questi frammenti, l'ostetrica deve porsi come guida e riconoscere le situazioni a rischio in cui è necessario applicare tale pratica. Il parto cesareo o il parto medicalizzato rappresentano una delle cause principali di interruzione precoce della cascata ossitocica fisiologica. Nel parto vaginale spontaneo, l'effetto di accumulo dell'ossitocina endogena, unitamente alla pressione esercitata dal feto sul canale del parto (riflesso di Ferguson),

prepara il cervello materno alla risposta d'attaccamento e attiva nel neonato uno stato di veglia tranquilla (*quiet alert state*). Al contrario, il taglio cesareo, specialmente se eseguito in urgenza o emergenza, e i parti operativi vaginali (tramite ventosa ostetrica) interrompono la cascata ossitocica.

4.1 Taglio cesareo programmato e d'urgenza

Durante un taglio cesareo programmato o d'urgenza molti fattori concorrono ad alterare il primo contatto come ad esempio:

- Fattori farmacologici e anestesiologici: l'impiego di anestetici generali o l'uso di analgesia spinale può indurre sedazione, nausea o ipotensione materno-fetale, deprimendo i riflessi arcaici del neonato (come il riflesso di orientamento e suzione) e alterando lo stato di vigilanza della madre. L'anestesia generale ormai non viene più applicata, esclusi gli eventi che la necessitano. È dimostrato che nel neonato l'anestesia generale aumenta il rischio di rianimazione avanzata o intubazione, nonché la probabilità di un punteggio Apgar inferiore a sette a cinque minuti dalla nascita.
- Separazione logistica e procedurale: le prassi assistenziali tradizionali prevedono frequentemente il trasferimento immediato del neonato all'isola neonatale per la rianimazione o i controlli di routine, seguito dal trasferimento della madre nella stanza di degenza. Questo intervallo temporale, che può variare da 30 minuti a diverse ore, coincide esattamente con la finestra sensibile in cui i livelli di ossitocina materna e di catecolamine fetali raggiungono i livelli più alti. I tempi di chiusura dell'addome materno e di ripresa sono maggiori rispetto al parto naturale e soprattutto, escludendo imprevisti, sono maggiori rispetto ai tempi di controllo neonatali. Per questo è raccomandato, quando è possibile, lo skin-to-skin con la madre in sala operatoria e successivamente con il padre in sala di degenza.
- Risposta allo stress chirurgico: l'attivazione del sistema ortosimpatico materno legata all'intervento chirurgico induce una risposta infiammatoria e neuroendocrina dominata dal cortisolo e dall'adrenalina, i quali antagonizzano

centralmente l'azione dell'ossitocina, inibendo di conseguenza il sistema di "calma e connessione" (calm and connection system).

In questo contesto, il Re-bonding precoce trova applicazione immediata non appena le condizioni cliniche della madre e del neonato sono stabili. Purtroppo, ci sono molte indicazioni a un cesareo d'urgenza dove le condizioni cliniche materne e neonatali sono gravi, per cui si dovrà aspettare per pianificare il percorso di Re-bonding in un tempo più distante. Un cesareo con neonato prematuro o seguito da uno shock settico materno, ad esempio, avrà dei tempi di separazione più lunghi. Nel caso in cui le complicanze mediche riguardino solo lo stato materno, è possibile richiedere il contatto skin-to-skin con il padre. Questa pratica va a influire sui livelli di cortisolo e testosterone paterno, determinando maggior coinvolgimento del padre nella cura neonatale e quindi portandolo a un cambiamento nel ruolo del genitore nei mesi seguenti alla nascita. Lo SSC con la figura paterna rafforza il legame emotivo padre-neonato stabilendo una connessione profonda, riduce il senso di inadeguatezza legato all'inesperienza dei primi giorni dopo la nascita, contribuendo a sentirsi calmi e rilassati. (PX, 2018)[33]

4.2 Il trauma ostetrico, le emergenze in sala parto e i parti operativi

Nelle situazioni di emergenza intrapartum, come il distacco intempestivo di placenta, la sofferenza fetale, la distocia di spalla o le emorragie post-partum (EPP), l'attenzione dell'équipe multidisciplinare si sposta inevitabilmente sulla messa in sicurezza della vita della madre e del neonato. Questo repentino cambio dal piano dell'attesa naturale a quello della gestione d'urgenza produce un impatto profondo sui sistemi neuroendocrini di entrambi i soggetti della diade, alterando i meccanismi fisiologici della transizione neonatale e ponendo le basi per possibili complicanze sulla salute mentale e sull'instaurazione del legame di attaccamento.

In una situazione di emergenza ostetrica il sistema nervoso della donna subisce una massiccia attivazione dell'asse HPA. Il rilascio improvviso ed elevato di catecolamine e di cortisolo induce uno stato di iperattivazione fisiologica, finalizzato alla difesa o alla

[33] Kuo PX et all, "Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement", 2018

sopravvivenza. L'aumento di questi ormoni a livello ematico esercita un'azione inibitoria sui nuclei paraventricolari e sopraottici dell'ipotalamo, bloccando la secrezione pulsatile di ossitocina (Uvnas-Moberg).[34]

In assenza del picco fisiologico ossitocico, la madre viene privata del neurotrasmettitore che promuove la riduzione dell'ansia, la sedazione naturale e l'innesco di comportamenti istintivi di accudimento. A questa risposta endocrina si associa una frattura sul piano psicologico e rappresentazionale, attraverso una sensazione di "mancata nascita" o estraneità. La separazione immediata dopo l'estrazione impedisce alla madre di verificare visivamente e tattilmente l'integrità del neonato, favorendo la percezione del neonato come un'entità "estranea" o, ancora più grave, come la fonte stessa del trauma vissuto. Durante un trauma o un'emergenza ostetrica la donna sperimenta una sensazione di totale deprivazione della propria autonomia corporea, spesso aggravata dalla velocità delle manovre ostetriche e dall'impossibilità di comprendere appieno quanto sta accadendo. La figura materna può percepire anche un immediato pericolo di morte per sé stessa o per il neonato, attivando così l'amigdala in maniera persistente. Questa situazione ostacola l'integrazione dell'esperienza nella memoria ippocampale esplicita, ponendo le premesse per un Disturbo da Stress Post-Traumatico ad esordio perinatale (P-PTSD).[35]

Per il neonato, l'esperienza di un parto operativo o di un'emergenza intrapartum rappresenta un evento ad alto impatto nocicettivo e neurovegetativo. La nascita tramite applicazione di ventosa ostetrica, le manovre eseguite per risolvere una distocia di spalla generano una forte stimolazione dei recettori del dolore. La conseguente interruzione o mancanza di contatto skin-to-skin immediato priva il neonato del suo ambiente regolatore naturale, innescando la cascata di stress neonatale. La privazione del calore materno e il picco di cortisolo inducono vasocostrizione periferica, ipotermia

[34] Kerstin Uvnäs-Moberg: Studi sulla neurobiologia e sull'antagonismo tra i sistemi di stress (adrenalina/cortisolo) e il sistema ossitocinico (*"Oxytocin: The Biological Guide to Motherhood"*)

[35] Linee guida e letteratura sulla Salute Mentale Perinatale e P-PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico Perinatale) Consultato il 11/09/2026 https://www.cost.eu/riseup-guidelines-peripartum-depression/

reattiva, consumo accelerato delle riserve di glicogeno e rischio di ipoglicemia. Lo stato di iper-arousal o la depressione transitoria da manovre o farmaci provoca respirazione superficiale, tachipnea o desaturazioni di ossigeno frequenti. Il neonato può manifestare anche una risposta prolungata di protesta come pianto incontrollabile e ipertonia muscolare degli arti, oppure, qualora la separazione si protragga, scivolare in una condizione di ipo-arousal difensivo come letargia, ipotonia e rifiuto dell'esplorazione orale e visiva. (Palermo, 2022)[36]

L'applicazione del Re-bonding nelle prime 24-72 ore da un parto traumatico o operativo risponde alla necessità clinica di interrompere il circuito dello stress e promuovere la neuroplasticità riparativa della diade.

4.3 La separazione prolungata e il contesto della Terapia Intensiva Neonatale (TIN)

Il ricovero del neonato in Terapia Intensiva Neonatale o in Patologia Neonatale costituisce una delle condizioni a maggior rischio per la frammentazione del legame di attaccamento. La nascita pretermine (prima della 37ª settimana di gestazione) o la presenza di patologie congenite, respiratorie e metaboliche impone un'immediata presa in carico intensiva che separa fisicamente la diade per giorni, settimane o, nei casi più complessi, mesi. Se durante l'evento nascita fisiologico la transizione neurobiologica avviene attraverso la continuità sensoriale, la prematurità e le patologie neonatali impongono l'ingresso immediato del neonato in un ambiente altamente medicalizzato e privo dei riferimenti biologici materni.

L'incubatrice e il reparto intensivo per il neonato, dal punto neuro-evolutivo, costituiscono un ecosistema sottomesso a continui fattori di stress neonatali:

- Inquinamento acustico e visivo: gli allarmi sonori, il rumore dei ventilatori meccanici e la luce artificiale continua interferiscono con l'organizzazione dei

[36] Università di Palermo: Teoria dell'Attaccamento (Bowlby/Robertson) applicata alla Neonatologia**:** Le risposte comportamentali del neonato al trauma da separazione improvvisa o prolungata.

ritmi circadiani e della struttura del sonno REM e NREM (fasi del sonno), importante per la sinaptogenesi precoce.

- Nocicezione e procedure invasive: i frequenti prelievi ematici, l'intubazione endotracheale, l'inserimento di accessi vascolari e il posizionamento di sondini nasogastrici attivano ripetutamente le vie del dolore neonatali, la cui via discendente inibitoria è ancora immatura.
- Assenza del "Pacemaker" materno: nel grembo materno e durante il contatto pelle a pelle, il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura corporea e l'odore del colostro agiscono come un regolatore esogeno. Privato di questi stimoli, il neonato manifesta una cronica iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), con prolungati picchi di cortisolo ematico e citochine proinfiammatorie.[37]

Questa alterazione endocrina prolungata comporta un elevato dispendio metabolico, instabilità della frequenza cardiaca e della saturazione di ossigeno, nonché il rischio di alterazioni della citoarchitettura celebrale, con potenziale impatto a lungo termine sulle capacità di autoregolazione emotiva e comportamentale.[38]

Per la figura materna, la separazione prolungata indotta dal ricovero in TIN può determinare una profonda deprivazione sensoriale e una condizione di trauma da disconnessione corporea:

- Inibizione dell'asse ossitocico e prolattinico: il mancato contatto visivo, tattile e olfattivo con il neonato priva la madre delle afferenze sensoriali che stimolano la secrezione pulsatile di ossitocina e prolattina. Ciò porta frequentemente a ritardi nell'innesco della montata lattea e a difficoltà nel mantenimento della produzione di latte mediante spremitura manuale o tiralatte.
- Sindrome della "culla vuota" e sintomatologia Post-Traumatica: l'impossibilità di stringere il proprio neonato nelle prime ore post-parto crea una frattura tra il

[37] Ruth Feldman: "The Neurobiology of Human Attachments" consultato il 11/09/2026 https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/biobehavioral-synchrony

[38] Lee J. (2024). Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clinical and experimental pediatrics*, *67*(4), 171–177. https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367

"bambino ideale" immaginato in gravidanza e il "bambino reale" dipendente dalle apparecchiature mediche. Le madri sperimentano frequentemente elevati livelli di ansia, depressione post-partum (DPP) e sintomi di disturbo da stress post-traumatico (P-PTSD), caratterizzati da sentimenti di colpa, impotenza e percezione di estraneità nei confronti del proprio neonato.

- Sindrome della Madre Spettatrice: il contesto altamente tecnologico della TIN e la presenza costante dell'équipe medico-infermieristica rischiano di posizionare la madre in un ruolo passivo di osservatrice esterna, minando la fiducia nelle proprie competenze di accudimento e ostacolando la costruzione del legame di attaccamento sicuro.

Nel contesto della TIN, il Re-bonding non deve essere inteso come un singolo approccio isolato, ma come un protocollo assistenziale progressivo e strutturato, volto a reinserire la genitorialità e la continuità sensoriale all'interno di cure intensive (Family Centered Care).

4.4 Indicazioni materne: Salute Mentale Perinatale, Trauma del Parto e Disfunzioni dell'Attaccamento

L'applicazione del Re-bonding trova indicazione primaria nelle patologie della salute mentale perinatale e nelle distorsioni della relazione madre-neonato che si manifestano nel corso del puerperio.

La salute mentale materna nel periodo perinatale costituisce l'impalcatura psico-neuroendocrina su cui si basa il processo di sintonizzazione con il neonato. Quando l'equilibrio psicofisico materno viene compromesso, la capacità della madre di leggere, interpretare e rispondere in modo consono ai segnali del neonato si riduce, innescando un circolo di asincronia corporea ed emotiva.

1. Il Disturbo da Stress Post-Traumatico ad Esordio Perinatale (P-PTSD) e il Trauma Ostetrico: il trauma da parto non è definito esclusivamente dalla gravità obiettiva o chirurgica dell'evento, ma dal vissuto soggettivo di minaccia per la vita o per l'integrità fisica propria o del nascituro, spesso aggravato dalla mancanza di supporto empatico durante il travaglio. L'insorgenza del P-PTSD

comporta conseguenze neurobiologiche importanti, come la disfunzione dell'asse HPA e dell'Amigdala. La persistenza di memorie traumatiche non integrate nella corteccia prefrontale mantiene l'amigdala in uno stato di continua iperattivazione. Questo porta a una produzione cronica elevata di cortisolo e adrenocorticotropina (ACTH), che inibiscono l'attività dei nuclei ossitocinergici dell'ipotalamo. Un'altra conseguenza riguarda la sintomatologia intrusiva e l'evitamento corporeo. Le madri affette da questo disturbo possono sviluppare meccanismi di evitamento nei confronti del neonato, qualora la vista o il contatto fisico con il bambino agiscano da trigger che rievocano il dolore o la paura provati in sala parto. L'ultima importante conseguenza che questo disturbo provoca è la dissociazione somatica. Durante il contatto con il neonato la donna può sperimentare una sensazione di torpore emotivo o di "distacco dal proprio corpo", impedendo l'esperienza del piacere neurochimico legato all'abbraccio e all'attaccamento.[39]

2. Depressione Post-Partum (PPD) e Disfonia della Sincronia Bio-Comportamentale: rappresenta una condizione clinica complessa caratterizzata da deflessione del tono dell'umore, astenia profonda e sentimenti di inadeguatezza genitoriale. Dal punto di vista relazione madre-neonato, la PDD compromette la sincronia bio-comportamentale, ovvero la capacità della madre di calibrare i propri ritmi biologici e comportamentali su quelli del figlio. I principali quadri di alterazione comprendono:
    - Stile di interazione intrusivo o iperstimolante: in alcuni casi il tentativo compensatorio della madre verso il proprio senso di colpa si traduce in manifestazioni di accudimento rigido, iper-controllante e privo di sensibilità per i segnali di sovraccarico sensoriale del neonato
    - Stili di interazione passivo o ipoattivo: più frequentemente la madre depressa mostra piattezza affettiva, scarso contatto visivo, vocalizzazioni

[39] Beck C. T. (2016). Posttraumatic Stress Disorder After Birth: A Metaphor Analysis. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, *41*(2), 76–E6. https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000211

povere o monocordi e tempi di risposta ritardati ai segnali di pianto del neonato

Privato del rispecchio emotivo e del contatto tattile, il neonato tende a sviluppare strategie difensive di adattamento. Inizialmente incrementa il pianto e la ricerca di contatto (iper-arousal), per poi passare a uno stato di ritiro passivo e sguardo fuggente (ipo-arousal), riflettendo una precoce disregolazione del proprio asse dello stress[40]

3. Disfunzioni dell'Attaccamento e Ferite Relazionali Intergenerazionali: le difficoltà di attaccamento possono affondare le radici anche nelle esperienze di attaccamento primario con la madre stessa. Stili di attaccamento materno di tipo Insicuro-Evitante, Ambivalente o Disorganizzato possono attivarsi con la nascita del primo figlio, manifestandosi come sindrome dell'estraneità o protezione di vissuti negativi. Il primo riguarda la sensazione dolorosa e destabilizzante da parte della madre di non "sentire" il neonato come proprio, descrivendolo come un oggetto estraneo o provando un senso di vuoto emotivo durante le cure igieniche e le poppate. Il secondo invece è la tendenza ad attribuire al neonato intenzioni ostili o manipolatorie, segnale di un'interruzione nella capacità di mentalizzazione materna.

Il Re-bonding in questi casi agisce come un dispositivo di desensibilizzazione somatica e fornisce un contenimento strutturato che alleggerisce la figura materna dalla pressione della "prestazione di accudimento".

4.5 Indicazioni Neonatali: Disturbi della Regolazione, Pianto Inconsolabile e Trauma da Nascita

L'attenzione clinica nel post-partum tende a focalizzarsi sul vissuto materno, il neonato però costituisce il secondo polo attivo e altamente vulnerabile della diade. L'esperienza della nascita, specialmente quando segnata da complicazioni mediche, interventi

[40] Field T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1–6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

strumentali, separazioni precoci o travagli precipitosi/prolungati, lascia un'impronta neurobiologica e somatica sul neonato.

In ambito neonatologico e perinatale, i disturbi della regolazione, il pianto inconsolabile e le manifestazioni somatiche del trauma da nascita costituiscono indicazioni primarie per l'attivazione dell'intervento di Re-bonding. Tali manifestazioni rappresentano il linguaggio espressivo con cui il neonato comunica uno stato di prolungata disregolazione del proprio sistema nervoso autonomo e un'impossibilità transitoria di accedere all'autoregolazione senza un supporto co-regolatorio esterno.

Dal punto di vista neuro-evolutivo, il neonato viene al mondo con un sistema nervoso immaturo e plastico, in cui la capacità di mantenere l'omeostasi clinica e comportamentale dipende dal contatto con il corpo materno. Un parto traumatico, caratterizzato da forte compressione cefalica, manovre di trazione, aspirazione rinofaringea aggressiva, separazione immediata o permanenza in incubatrice, induce un sovraccarico del sistema neurovegetativo neonatale che provoca:

- Disfunzione dell'asse HPA: l'evento traumatico e la conseguente perdita del punto di riferimento materno attivano una massiccia secrezione di cortisolo e catecolamine. Nei neonati soggetti a trauma da nascita, i livelli di cortisolo ematico rimangono elevati per giorni o settimane, alterando così la soglia di reattività del SNC.[41]
- Alterazione del tono vagale e della Teoria Polivagale: secondo il modello della Teoria Polyvagale di Stephen Porges, il neonato regolato utilizza il sistema vagale ventrale (rami non mielinizzati del nervo vago che controllano i muscoli facciali, il battito cardiaco e l'ascolto della voce umana) per impegnarsi nella connessione sociale. Il trauma e la separazione disattivano il vagosistema ventrale, portando il neonato a due strategie di sopravvivenza neurobiologica.
    - Iper-arousal (Sistema Simpatico): Risposta di "lotta o fuga" primordiale, caratterizzata da reattività esagerata, tachicardia, tachipnea e ipertonia.

[41] Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1-2), 199–220. https://doi.org/10.1016/s0306-4530(01)00045-2

- Ipo-arousal (Vago Dorsale): Risposta di "freezing" o immobilità difensiva, caratterizzata da letargia, ipotermia reattiva, piattezza comportamentale e rifiuto della poppata. (E., 2012)[42]

I disturbi della regolazione nel neonato, invece, si manifestano come l'incapacità di modulare lo stato di attivazione emotiva, le risposte motorie, il ciclo sonno-veglia e l'alimentazione in risposta agli stimoli ambientali. Tra i principali sono presenti:

- La fisiopatologia del pianto inconsolabile: il pianto persistente, spesso etichettato in modo generico come "colica gassosa", costituisce la principale manifestazione di un sovraccarico del sistema nervoso. Il neonato non riesce ad andare dallo stato di pianto a quello di veglia tranquilla e reattiva. Questo pianto presenta caratteristiche specifiche: esasperato, non attenuato dall'offerta del seno o dal dondolamento, spesso accompagnato da tensione degli arti e rossore intenso al volto.
- Disturbi della transizione sonno-veglia: il neonato traumatizzato mostra estrema difficoltà nell'addormentamento o un sonno costantemente frammentato, caratterizzato da frequenti sussulti e incapacità di raggiungere le fasi di sonno profondo, indispensabili per il recupero metabolico e celebrale
- Disregolazione orale e difficoltà di alimentazione: la memoria somatica di manovre invasive o lo stato di iper-arousal possono alterare i riflessi arcaici di ricerca e suzione. Il neonato può manifestare un attacco disorganizzato al capezzolo, schiocchi, o rifiuto rabbioso del seno (E., 2012).[43]

L'intervento di Re-bonding fornisce al neonato i presupposti neurobiologici per ricalibrare la propria risposta allo stress attraverso la co-regolazione corporea.

[42] Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*(4), 313–314.

[43] Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*(4), 313–314.

4.6 Difficoltà di Allattamento

L'allattamento al seno non si configura unicamente come un atto nutrizionale o un mero trasferimento di componenti caloriche e immunologiche dal corpo materno al neonato, ma rappresenta la massima espressione della sincronia bio-comportamentale e neuroendocrina della diade. L'atto di alimentarsi al seno richiede un'intima coordinazione tra i sistemi neurovegetativi, motori e sensoriali di entrambi i soggetti.

Quando il percorso del parto o dell'immediato post-partum subisce un'interruzione traumatica, il meccanismo dell'allattamento è spesso uno dei primi ambiti clinici a manifestare una profonda desincronizzazione. In questo contesto, le difficoltà dell'allattamento non vanno lette come fallimenti isolati, bensì come il sintomo della frattura relazionale e neurochimica della diade. L'intervento ostetrico del Re-bonding si pone come lo strumento elettivo per ripristinare la sincronia nutritiva, agendo direttamente sulle basi neurobiologiche dell'attacco e della produzione di latte.

Per comprendere come questa pratica possa riparare un allattamento complesso è necessario analizzare l'equilibrio neuroendocrino che governa la produzione e l'eiezione di latte:

1. L'asse della prolattina e la lattogenesi II: la produzione di latte è regolata dall'ipofisi anteriore attraverso la secrezione di prolattina, il cui picco ematico è fortemente stimolato dalla suzione e dal contatto pelle a pelle. Lo stress materno acuto e cronico esercita un'azione inibitoria sia a livello ipotalamico sia a livello dei recettori mammari, determinando un ritardo significativo della Lattogenesi II o un'ipogalattia secondaria
2. Riflesso di eiezione del latte e l'ossitocina: l'espulsione del latte dai dotti galattofori dipende da picchi pulsatili di ossitocina rilasciati dall'ipofisi posteriore in risposta agli stimoli tattili, visivi e olfattivi provenienti dal neonato. L'ossitocina è un ormone altamente sensibile allo stato emotivo della donna: la paura, il dolore da trauma chirurgico o da ragadi e l'ansia da prestazione attivano

il sistema nervoso simpatico, la cui risposta vasocostrittrice blocca l'arrivo dell'ossitocina alle ghiandole mammarie. [44]

La rottura della sincronia si declina in un ampio spettro di manifestazioni cliniche che coinvolgono entrambi i componenti della diade, creando un circolo di frustrazione e abbandono precoce dell'allattamento al seno.

Sul versante materno si trova:

- Sindrome del "seno rifiutante" e frustrazione somatica: di fronte alle difficoltà di attacco del neonato la madre sviluppa un senso di inadeguatezza profondo, arrivando a percepire il proprio seno non più come una fonte di nutrimento e conforto, ma come luogo di fallimento e dolore
- Dolore e lesioni al capezzolo: un attacco disorganizzato e superficiale, derivante dalla mancanza di risintonizzazione posturale, provoca traumi meccanici al complesso areola-capezzolo, potenziando il circolo "dolore-ansia-inibizione dell'ossitocina"
- Stasi lattea e rischio di complicanze infettive: l'incompleto svuotamento del seno causato dal blocco dell'eiezione o dalla suzione inefficace predispone l'organo a ingorghi mammari severi e mastiti

Sul versante neonatale possiamo trovare:

- Comportamento di lotta al seno: è tipico dei neonati in stato di iper-arousal da trauma da nascita o sovraccarico sensoriale. Avvicinato al seno il neonato manifesta inarcamento del tronco, pianto esasperato, pugni chiusi e spinta del capo all'indietro, rifiutando l'aggancio nonostante la presenza del riflesso di fame
- Suzione disorganizzata o atonica: frequente nei neonati che hanno subito separazioni prolungate o prematurità. Il neonato scivola in uno stato di ipo-arousal o letargia non appena posizionato al seno, compiendo solo deboli movimenti di suzione non nutritiva senza passare alla suzione nutritiva efficace.

[44] Dewey K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of nutrition*, *131*(11), 3012S–5S. (Abstract) https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012S

- Ipersensibilità e avversione orale: la memoria somatica di aspirazione orofaringea aggressiva, intubazioni o posizionamento di sondini nasogastrici genera una difesa tattile attorno al distretto oro-facciale, per cui qualsiasi contatto fisso sul cavo orale viene percepito come una minaccia e respinto. (E., 2012)[45]

L'intervento ostetrico di Re-bonding applicato alle difficoltà di allattamento ha come obiettivo primario la de-medicalizzazione e la de-pressione della poppata, spostando il focus dal "risultato nutritivo" (la quantità di latte ingerita) al "ripristino della sicurezza corporea".

[45]Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*(4), 313–314.

CAPITOLO 5

Strumenti e pratiche operative per l'applicazione del Re-bonding

Se la comprensione della fisiologia neuroendocrina e della psicologia perinatale costituisce la base teorica del Re-bonding, la sua traduzione nella pratica clinica e assistenziale richiede l'adozione di strumenti, strategie e ambienti specifici. Il processo di attaccamento primario e la sua eventuale riparazione nei casi di separazione precoce o di vissuti traumatici legati alla nascita si concretizzano attraverso l'esperienza sensoriale corporea e l'interazione diretta tra la coppia madre-bambino.[46]

L'ostetrica può accompagnare la diade in questo percorso attraverso l'ascolto, il contatto quando è possibile e desiderato, il sostegno nell'accudimento e l'aiuto a riconoscere i segnali del neonato. Tra le pratiche utili rientrano il contatto pelle-a-pelle, la Kangaroo Mother Care nei neonati per i quali è indicata, il rooming-in guidato, il counselling e il sostegno all'allattamento. In questo capitolo viene descritto anche il Rebirth Bath, una pratica proposta per favorire la vicinanza dopo un'esperienza di nascita difficile.

Quindi questo capitolo prende in esame i principali mezzi operativi attraverso cui è possibile promuovere, proteggere e ripristinare il legame di bonding, analizzandone i meccanismi fisiologici, i benefici clinici e le modalità di applicazione nell'assistenza ostetrica al post-partum.

5.1 Il contatto pelle-a-pelle (Skin-to-Skin Contact)

Il contatto pelle-a-pelle (Skin-to-Skin Contact, SSC) rappresenta la pratica assistenziale primaria, non invasiva volta a promuovere, proteggere e ripristinare il legame neuro-emotivo e fisiologico tra la madre e il neonato (bonding e re-bonding). Definita come il posizionamento del neonato nudo, asciugato e coperto da un panno caldo direttamente

[46] Sarah Buckley: "Hormonal Physiology of Childbearing Report" https://sarahbuckley.com/hormonal-physiology-of-childbearing-report/ consultato il 21/09/2026

sul torace nudo della madre subito dopo la nascita o nel periodo post-natale, questa modalità assistenziale si focalizza sul ripristino dell'habitat biologico e naturale della specie umana.

L'avvio tempestivo del contatto pelle-a-pelle nella prima ora di vita (la cosiddetta golden hour) innesca un meccanismo fisiologico istintivo e biologicamente conservato. Diversi studiosi hanno sistematicamente analizzato ed evidenziato come il neonato posto nudo in posizione prona sul torace materno, proceda spontaneamente attraverso nove stadi comportamentali sequenziali e ben definiti:

1. Birth cry (Il pianto di nascita): Un pianto inteso che si verifica immediatamente dopo la nascita e che favorisce l'espansione polmonare e l'adattamento respiratorio primario.
2. Relaxation (Fase di riposo iniziale): Una pausa fisiologica in cui il neonato adagia la testa sul petto materno, con assenza di movimenti oculari o muscolari marcati.
3. Awakening (Il risveglio): Piccoli movimenti progressivi della testa, apertura degli occhi, sollevamento del mento e primi movimenti della bocca in risposta al tocco e alla voce materna.
4. Activity (L'attività motoria): Aumento dei movimenti riflessi, attività di ricerca, "spinta" con gli arti senza spostare il corpo.
5. Resting (Intervalli di riposo): Fasi alternate di riposo e attività, fondamentali per consentire al neonato di recuperare le energie.
6. Crawling (Il raggiungimento attivo del seno): Il cosiddetto *breast crawl*, in cui il neonato spinge con i piedi contro l'addome materno e striscia autonomamente verso il capezzolo.
7. Familiarization (La familiarizzazione e sintonizzazione sensoriale): L'esplorazione attiva della regione areolare mediante il tocco delle mani, il leccare il capezzolo e il contatto visivo diretto con la madre.
8. Suckling (L'attacco e la suzione spontanea): L'ancoraggio corretto al seno con suzione efficace condotta senza necessità di manipolazioni o forzature esterne da parte dell'operatore.

9. Sleep (Il sonno fisiologico profondo): Il soddisfacimento dell'esperienza di contatto e nutrimento che induce uno stato di sonno per entrambi i componenti della diade.

Questa sequenza evolutiva dimostra come lo skin-to-skin guidi il neonato verso la prima sintonizzazione sensoriale e l'autonomia comportamentale, di conseguenza, costituisce il modello fisiologico di riferimento non solo nell'immediato post-partum di un parto fisiologico, ma anche come strumento di riattivazione delle dinamiche di attaccamento (Re-bonding) nei casi in cui questa sequenza sia stata alterata o posticipata. (Widstrom AM., 2019)[47]

L'impatto del contatto pelle-a-pelle sulla transizione fisiologica del neonato è ampiamente documentato dalla letteratura scientifica. La revisione sistematica Cochrane condotta da Moore et al. (2016) conferma che i neonati posizionati a contatto pelle-a-pelle immediato o precoce mantengono una stabilità cardiorespiratoria significativamente superiore rispetto a quelli sottoposti alle cure tradizionali in culla o sotto isola radiante.

In particolare, il contatto diretto con l'epidermide materna garantisce una regolazione termica ottimale attraverso il meccanismo vasodilatazione riflessa materno-infantile, prevenendo l'ipotermia post-natale. Inoltre, lo skin-to-skin, promuove la regolazione della frequenza cardiaca e respiratoria, riduce il consumo di ossigeno e stabilisce livelli ematici di glicemia più elevati e costanti, limitando il rischio di ipoglicemia neonatale da stress adattativo. Sotto il profilo dell'allattamento al seno, la revisione dimostra che il contatto pelle-a-pelle prolungato incrementa in modo statisticamente significativo sia la probabilità di successo della prima poppata, sia i tassi di allattamento esclusivo al momento della dimissione e a distanza di mesi. (Anderson G.C., 2003)[48]

Oltre ai parametri vitali sistemici, il contatto pelle-a-pelle esercita un'azione profonda e diretta sull'asse neuroendocrino della madre e del bambino.

---

[47] Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatric. 2019.

[48] Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J., & Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

L'incremento dei livelli circolanti di ossitocina produce molteplici effetti biologici coordinati:

- Nella madre: stimola le contrazioni uterine del secondamento e del post-partum (riducendo il rischio di emorragia post-partum), promuove la contrazione delle cellule mioepiteliali dei dotti mammari per la secrezione del colostro e riduce l'attivazione del sistema nervoso simpatico.
- Nel neonato: abbassa lo stato di allerta difensiva, regola la motilità gastrointestinale favorendo la digestione e induce una sensazione fisiologica di appagamento e sicurezza.
- Nella diade: l'aumento di ossitocina sopprime l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), determinando una marcata riduzione della concentrazione di cortisolo (salivare e plasmatico) sia nella madre sia nel neonato. Questa riduzione dell'ormone dello stress interrompe la cascata adrenergica, abbassa la pressione arteriosa, induce vasodilatazione cutanea al petto materno (garantendo il trasferimento di calore al neonato) e crea lo stato neuropsichico ideale per l'allineamento emotivo e lo sviluppo dell'attaccamento. (Palermo, 2022) (Moberg K.U., 2020)[49]

Se il contatto iniziale è stato ritardato o interrotto, può essere riproposto quando le condizioni cliniche lo consentono e quando la madre lo desidera. In questi casi può offrire una nuova opportunità di vicinanza e di interazione.

L’analisi condotta da Li et al. (2021) dimostra come l'introduzione sistematica e ripetuta di sessioni di contatto pelle-a-pelle riduca significativamente i livelli di ansia materna, la percezione dello stress post-natale e le scale di rischio per la depressione post-partum nelle madri che hanno subito la separazione iniziale dal proprio bambino. Il contenimento corporeo e il contatto epidermico continuo permettono alla madre di

[49] Moberg, K. U., Handlin, L., & Petersson, M. (2020). Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact - With a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant behavior & development*

modulare l'iperattivazione emotiva e di superare l'eventuale senso di estraniamento o impotenza verso il neonato.

Ciò consente il ripristino della disponibilità emotiva e sensitiva, influenzando direttamente la qualità del tocco materno (affectionate touch), l'intensità del contatto visivo e la reciprocità relazionale, elementi cardine per consolidare la sicurezza del legame di attaccamento a lungo termine. (Cong. S., 2021)[50]

Il ruolo dell'ostetrica è valutare la sicurezza della procedura, spiegare ai genitori che cosa possono osservare e aiutarli a trovare una posizione confortevole. Durante il contatto è necessario controllare la posizione del neonato, mantenere libere le vie aeree e prestare attenzione alla temperatura e ai segnali di benessere o disagio. La pratica non deve essere imposta: la madre va coinvolta nelle decisioni e sostenuta nel rispetto dei propri tempi.

5.2 Kangaroo Mother Care

La Kangaroo Mother Care (KMC) rappresenta un modello assistenziale standardizzato e validato a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la gestione del neonato pretermine o di basso peso alla nascita (Low Birth Weight, LBW). Originariamente concepita alla fine degli anni '70 a Bogotá (Colombia) dai dottori Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez come risposta clinica alla carenza di incubatrici e agli elevati tassi di infezione nosocomiale, la KMC si è evoluta fino a diventare un intervento medico di primo livello evidence-based.

La Kangaroo Mother Care è definita come "la cura dei neonati prematuri o di basso peso alla nascita tramite un contatto pelle-a-pelle continuo e prolungato (da 8 a 24 ore al giorno, per quante più ore possibile), iniziato immediatamente dopo il parto, insieme al

[50] Cong, S., Wang, R., Fan, X., Song, X., Sha, L., Zhu, Z., Zhou, H., Liu, Y., & Zhang, A. (2021). Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. *Maternal & child nutrition*

sostegno per l'allattamento esclusivo o l'alimentazione con latte materno" e non deve essere confusa con il contatto skin to skin. [51]

Le prove dell'efficacia dell'avvio della KMC il prima possibile dopo la nascita, senza attendere la stabilizzazione dei neonati, non erano disponibili fino a poco tempo fa. Ad esempio, la revisione sistematica Cochrane del 2016 ha identificato e incluso un solo studio che confrontava la KMC ad avvio precoce (il prima possibile entro le prime 24 ore dalla nascita) con la KMC ad avvio tardivo (ovvero la KMC iniziata dopo la completa stabilizzazione, generalmente almeno 24 ore dopo la nascita) in neonati relativamente stabili. Questo divario nella ricerca è stato colmato da uno studio controllato randomizzato multicentrico coordinato dall'OMS, lo studio "The Immediate KMC (iKMC)". Questo studio è stato condotto in cinque ospedali in Ghana, India, Malawi, Nigeria e Repubblica Unita di Tanzania, e ha mostrato che i neonati con un peso alla nascita compreso tra 1,0 e 1,799 kg, indipendentemente dall'età gestazionale (tutti con necessità di ricovero in TIN), che hanno ricevuto la KMC immediata hanno registrato una mortalità inferiore del 25% a 28 giorni di vita, un'incidenza di ipotermia inferiore del 35% fino alla dimissione e il 18% in meno di sospetta sepsi. Questo rispetto ai neonati che hanno ricevuto la KMC più tardi (ovvero la KMC avviata dopo le 24 ore di vita, una volta che il neonato si era ripreso dalle complicanze della nascita pretermine).

Madri, genitori e famiglie dovrebbero essere supportati per partecipare attivamente alla cura di routine dei loro neonati mentre si trovano nella struttura.

Questa pratica è associata a un miglioramento dello sviluppo e del funzionamento cognitivo e motorio, e a migliori risultati sociali e comportamentali a lungo termine.

Charpak e colleghi hanno seguito i neonati con basso peso alla nascita (< 1,8 kg), che sono stati arruolati in uno studio clinico randomizzato controllato in Colombia 20 anni dopo, e hanno scoperto che coloro che avevano ricevuto la KMC avevano risultati

[51] Kangaroo mother care: due nuovi documenti OMS. Consultato il 21/09/2026 https://www.epicentro.iss.it/materno/kangaroo-mother-care-2023

neurologici anomali meno gravi, migliori prestazioni scolastiche, un comportamento più calmo e razionale, una minore tendenza all'antisocialità e un minor abbandono scolastico rispetto a coloro che non l'avevano ricevuta.[52] (Charpak N, 2017) Più recentemente, lo stesso team ha scoperto che i neonati prematuri che hanno ricevuto cure KMC dopo la nascita hanno mostrato una migliore maturazione cerebrale (ad esempio, intelligenza, attenzione, memoria e coordinazione) rispetto a quelli che hanno ricevuto cure in incubatrice; una maggiore durata delle cure KMC ha rafforzato questa associazione.

Oltre ai benefici a breve e a lungo termine per la salute neonatale, bisogna considerare anche quelli per le figure materna e paterna. La KMC promuove un'assistenza alla maternità rispettosa e responsabilizza le madri, rendendole le principali figure di riferimento per la cura del proprio neonato. Questo metodo è fondamentale per accrescere la fiducia e la sicurezza delle madri nella cura dei neonati, aumenta la loro soddisfazione rispetto al metodo di cura e consolida il legame che si era già instaurato in gravidanza. La madre che pratica la KMC ha un rischio inferiore del 24% di sintomi depressivi, probabilmente grazie al suo ruolo di figura di riferimento centrale nella cura del neonato. i padri e i partner in questi casi particolari desiderano essere incoraggiati e supportati nel fornire cure di routine al neonato, compresa la KMC. Anche loro possono partecipare attivamente a questa pratica e ne traggono vantaggi, come la creazione di un legame di attaccamento più forte con il neonato, l'empatia e una maggiore fiducia come caregiver. La KMC riduce la depressione paterna e i problemi relazionali, migliorando le interazioni familiari e con il proprio neonato. (WHO, 2023)[53]

5.3 Il bagnetto rinascita (*Rebirth Bath)*

Prima di spiegare lo svolgimento di questa pratica, è necessario presentare l'autrice che ha ideato il bagno della rinascita. Brigitte Meissner è un'ostetrica e terapista

[52] Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, Hernandez JT, Uriza F, Villegas J et al. Follow-up ventennale dell'assistenza madre-canguro rispetto all'assistenza tradizionale. Pediatrics. 2017

[53] World Health Organization 2023, Global position paper "Kangaroo mother care: A transformative innovation in health care" pagg. 13-16

craniosacrale che ha dedicato la sua carriera a ricostruire il legame tra la madre e il neonato dopo un parto difficile o traumatico. È autrice e cofondatrice della "Network for Processing Birth". Oltre all'ideazione del "rebirth bath", Brigitte Meissner si occupa anche di argomenti delicati come l'elaborazione del parto e la guarigione del legame della diade.[54]

Il "Rebirth Bath" è inteso come un bagno terapeutico per il neonato con il fine di ricostruire o guarire un legame mancato o un trauma sia per la madre sia per il neonato. Questa pratica non è rivolta solo alle protagoniste di parti difficili o gravidanze stressogene, ma viene consigliata anche per travagli lunghi o precipitosi e separazioni prolungate perché rientrano negli eventi traumatici sia per il neonato sia per la madre. Ha un impatto positivo sulla diade perché permette di rivivere dolcemente il momento centrale del legame, ovvero il passaggio dal liquido amniotico alla figura materna.

Affinché la pratica mantenga la propria efficacia clinica e relazionale, è necessario seguire un protocollo rigoroso incentrato sulla continuità dell'assistenza, la tutela dell'intimità e la regolazione sensoriale.

1. Preparazione dell'ambiente e settaggio assistenziale
   L'intervento richiede un ambiente privo di interferenze esterne o pressioni temporali, orientato al contenimento emotivo della diade. Bisogna garantire un'atmosfera protetta e termicamente idonea per prevenire lo stress da raffreddamento nel neonato. La madre si dispone in posizione semiseduta o supina a letto, a torace nudo, garantendo la prontezza per il contatto skin-to-skin immediato e protetta da un asciugamano caldo e morbido. L'ostetrica o il partner conduce una breve immersione del neonato all'interno di una vasca neonatale o di un secchiello ergonomico (Tummytub) posizionato vicino al letto. Si possono utilizzare estratti naturali nell'acqua come calendula o la rosa canina, finalizzati a promuovere il rilassamento e a modulare gli stati di iper-arousal o distress sensoriale legati al trauma della nascita.
2. Transizione "Pelle a Pelle" e rituale di Re-bonding

[54] Brigitte Meissner, "ciclo di formazione per professionisti che lavorano con madri e neonati" https://www.herzensfaden.com/ Consultato il 22/09/2026

Il cuore dell'intervento sta nella fase immediatamente successiva all'immersione. Il neonato, nudo e bagnato, non viene asciugato subito, ma viene adagiato direttamente sul petto nudo della madre, avvolti entrambi con teli caldi. Questa modalità simula la transizione fisiologica del passaggio immediato al petto materno avvenuto, o mancato, al momento del parto. L'immersione prolungata e il successivo ricongiungimento stimolano spesso risposte comportamentali arcaiche nel neonato, tra cui il riflesso di suzione. L'ostetrica supporta l'attacco precoce al seno

3. Gestione del vissuto emotivo e ruolo dell'ostetrica
   La presenza dell'ostetrica/o durante la procedura deve essere discreta ma contenitiva (holding emotivo). L'operatore rispetta i silenzi e le manifestazioni di pianto, fornendo supporto attraverso una presenza rassicurante e gesti di contatto empatico, evitando interventi verbali superflui. Il pianto del neonato durante le prime sessioni non viene letto come un segnale di rifiuto, ma come una forma di espressione e scarica dello stress accumulato. Con il ripetersi dell'esperienza il pianto lascia spazio a una progressiva distensione neuromuscolare

Il bagno terapeutico rivela il suo massimo potenziale terapeutico quando inserito in un percorso ripetuto. Si raccomanda di proporre il bagno per almeno quattro-cinque sessioni, iniziando in ambiente ospedaliero o domiciliare durante il puerperio e proseguendo in autonomia a cura della madre una volta acquisita sicurezza. La letteratura e la pratica clinica rivelano che la replicazione del rituale favorisce la risoluzione delle difficoltà di avvio dell'allattamento, la riduzione dell'irritabilità neonatale e il miglioramento della qualità e profondità del sonno nel lattante, riconciliando la madre con l'evento nascita

Non esiste un momento ottimale per eseguire il Rebirth Bath: prima si inizia e più sarà facile e costruttivo. In questo rituale il neonato viene restituito all'elemento umido e giunge fino alla figura materna nudo, come prevede una nascita fisiologica, ripristinando così la continuità dell'imprinting sensoriale interrotto o alterato. L'intenso abbraccio skin-to-skin che segue l'immersione, unito all'offerta precoce del seno e alla risposta termica condivisa, innesca un massiccio rilascio endogeno di ossitocina sia

nella madre che nel neonato. L'impatto dell'intervento, quindi, non si limita alla dimensione fisiologica del neonato, ma estende i suoi benefici alla salute mentale materna. Permettere alla madre di vivere un "nuovo arrivo" simbolico del figlio, favorisce l'elaborazione del senso di colpa o di impotenza spesso associato a tagli cesarei d'urgenza o parti medicalizzati, promuovendo la ripresa del ruolo genitoriale e l'armonizzazione della relazione affettiva.[55]

5.4 Rooming-in guidato

Il rooming-in rappresenta una modalità organizzativa e clinica che garantisce la degenza congiunta della madre e del neonato nella stessa stanza 24 ore su 24 per tutto il periodo di permanenza ospedaliera. Negli ultimi anni si è vista la necessità di passare dal rooming-in convenzionale al rooming-in guidato (o assistito) così che l'assistenza non si limita alla semplice condivisione dello spazio fisico, ma si configura come un vero e proprio percorso clinico-relazionale guidato dall'ostetrica. Mentre il modello tradizionale può avvolte esporre la puerpera al rischio di affaticamento o senso di inadeguatezza se svincolato da un supporto, il rooming-in guidato prevede una presenza attiva, discreta e competente, dove l'ostetrica agisce come "tutor" facilitando l'imprinting sensoriale, la decodifica dei segnali neonatali e la riparazione del legame di attaccamento (Re-bonding).

Il quadro di riferimento internazionale trae origine dall'iniziativa UNICEF/OMS "Insieme per l'Allattamento". In particolare, il Passo 7 delle linee guida ufficiali promuove la necessità di "praticare il rooming-in, consentendo alla madre e al neonato di rimanere insieme 24 ore su 24".

Nel contesto del rooming-in guidato le raccomandazioni vengono declinate come una risorsa per promuovere l'autoefficacia materna come la continuità dello skin-to-skin che deve essere mantenuto ed incentivato anche nei giorni successivi al parto, e la decodifica dei segnali neonatali, dove l'ostetrica deve guidare la madre nel

[55] Verein freier Hebammen, "Hebammenzentrum" https://www.hebammenzentrum.at/das-babyheilbad Consultato il 22/09/2026

riconoscimento precoce dei segnali di fame, stanchezza o richiesta di contatto, prevenendo lo stress da pianto prolungato e facilitando l'allattamento ad imprinting sensoriale (UNICEF Italia & OMS, 2020).[56]

La Società Italiana di Neonatologia (SIN) ha sottolineato a più riprese l'importanza del rooming-in come standard assistenziale per il neonato sano, definendo contemporaneamente le raccomandazioni cliniche per la sua attuazione in totale sicurezza.

Sotto il profilo neonatologico e neurocomportamentale, la SIN evidenzia che la presenza guidata dell'ostetrica nel rooming-in consente di:

- Prevenire l'iper-arousal e lo stress sistemico: la vicinanza materna e la riduzione delle manipolazioni assistenziali non necessarie riducono i livelli ematici di cortisolo nel neonato.
- Garantire la sicurezza clinica: l'ostetrica monitora l'adattamento neonatale e promuove la prevenzione del rischio di Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) e dei collassi neonatali inaspettati (Sudden Unexpected Postnatal Collapse - SUPC), educando i genitori alle idonee posture di sonno e alla gestione del contatto pelle a pelle in momenti di stanchezza materna.
- Favorire la colonizzazione del microbioma: il contatto continuo con la cute materna e l'ambiente familiare indirizza la colonizzazione batterica del neonato verso un microbioma fisiologico e protettivo.[57]

Nelle linee guida OMS (WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience) viene descritto che l'assistenza al puerperio e alla diade madre-bambino è un ambito di competenza primaria ed autonoma dell'ostetrica/o. All'interno del Modello Assistenziale a Conduzione Ostetrica (M.A.C.O.) e delle

---

[56] UNICEF Italia & Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). (2020). *Insieme per l'Allattamento: Guida all'attuazione degli Standard UNICEF/OMS per la Protezione, Promozione e Sostegno dell'Allattamento nelle Strutture Sanitarie (Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini - BFHI)*. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus. Sezione 2, Passo 7: Rooming-in, pp 38-41.

[57] Società Italiana di Neonatologia (SIN), "Rooming-in 2.0: le nuove frontiere del percorso nascita" https://www.sin-neonatologia.it/rooming-in-2-0-le-nuove-frontiere-del-percorso-nascit/ Consultato il 22/09/2026

raccomandazioni nazionali sul Percorso Nascita, il rooming-in guidato si colloca come lo strumento d'elezione per la promozione della salute e la prevenzione dei disturbi emotivi del post-partum.

L'intervento ostetrico nel rooming-in guidato si articola su tre livelli:

1. Contenimento emotivo (Holding e Containing): L'ostetrica valida le emozioni della madre, fornendo uno spazio di ascolto empatico per l'elaborazione dell'esperienza del parto (soprattutto se medicalizzato o cesareo).
2. Promozione del Re-bonding: L'ostetrica aiuta la madre a dissolvere la traccia del trauma o della separazione attraverso la guida alla riconnessione corporea e l'introduzione di pratiche di addolcimento (quali il bagno terapeutico o la stimolazione tattile delicata),
3. Screening precoce e prevenzione del distress: La presenza costante dell'ostetrica consente di individuare precocemente i segnali di fragilità emotiva, prevenendo l'insorgenza di forme severe di depressione post-partum o la percezione di estraneità verso il neonato. (WHO, 2022)[58]

Nel percorso di Re-bonding, il rooming-in può offrire occasioni di contatto dopo una separazione iniziale. L'ostetrica ascolta il vissuto del parto, sostiene la relazione senza giudicare e presta attenzione a eventuali segnali di disagio materno che richiedano un approfondimento o il coinvolgimento di altri professionisti. In questo modo, il sostegno relazionale si integra con la sorveglianza clinica e con la continuità dell'assistenza.

Questo aspetto non rappresenta soltanto un obiettivo assistenziale a breve termine per il reparto di ostetricia, ma costituisce un vero e proprio investimento sulla salute psicofisica della nuova famiglia, con ricadute positive e durature sui primi 1.000 giorni di vita e sul benessere dell'intera società.

[58] WHO, "WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience" pagg. 68-72, 106-108, 150

5.5 Counseling ostetrico, riconoscimento dei segnali neonatali e avvio dell'allattamento

Se le pratiche operative di Re-bonding finora esaminate costituiscono i contesti fisici e sensoriali in cui ripristinare la continuità della relazione interrotta, il counselling ostetrico, l'interpretazione dei segnali del neonato e l'avvio all'allattamento ne rappresentano la componente relazionale e comunicativa. Senza un'adeguata guida educativa ed emotiva, infatti, anche la miglior tecnica di riavvicinamento corporeo rischia di rimanere un atto isolato, privo di quel sostegno continuativo necessario a trasformare un singolo momento riparativo in un nuovo equilibrio di coppia.

Nel contesto del Re-bonding il counseling ostetrico si configura come un vero e proprio atto di cura e facilitazione emotiva. La puerpera che affronta il primo contatto con il neonato, specialmente a seguito di un evento nascita vissuto come traumatico, medicalizzato o caratterizzato da una separazione precoce, necessita di uno spazio d'ascolto non giudicante.

L'ostetrica, adottando un approccio maieutico basato sulla presenza empatica e sull'ascolto attivo, accompagna la madre nel processo di Empowerment. In questo processo il counseling si focalizza su:

- Validazione delle emozioni materne: accoglie il vissuto di vulnerabilità, inadeguatezza o timore legato alle prime interazioni con il neonato.
- Promozione dell'empowerment della diade: sostiene la fiducia della madre nelle proprie capacità istintive di accudimento, favorendo un clima di sicurezza e contenimento. (WHO, 2022)[59]
- Rafforzamento della sinergia neuroendocrina: ridurre i livelli di cortisolo e stress nella madre attraverso la rassicurazione e la vicinanza, promuovendo il rilascio endogeno di ossitocina, ormone chiave sia per la lattazione che per l'instaurarsi del legame affettivo.

[59] World Health Organization**.** (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. Pagg. 106-108, 120-122

Il counseling ostetrico è fondamentale anche per aiutare la donna a riconoscere i segnali del proprio figlio. Il neonato possiede un repertorio comportamentale complesso ed efficace volto a guidare le risposte dell'ambiente circostante. Nel contesto del Re-bonding, aiutare la madre a leggere e interpretare correttamente questi segnali costituisce il nucleo dell'assistenza guidata.

L'ostetrica affianca la donna nel riconoscimento delle diverse fasi di stato del neonato, ponendo particolare attenzione ai segnali precoci di alimentazione e contatto:

- Segnali precoci (fasi di ingaggio): movimenti oculari rapidi durante il sonno leggero, apertura della bocca, rotazione del capo, portare le mani verso il viso o la bocca. È in questa fase che l'interazione risulta più fluida e meno stressante per entrambi
- Segnali intermedi: stiramento del corpo, aumento dei movimenti motori, irrequietezza, suzione delle dita.
- Segnali tardivi (fase di disorganizzazione): pianto prolungato, arrossamento del viso, ipertono muscolare. Il pianto rappresenta un segnale d'emergenza tardivo, prima di poter avviare l'allattamento o il contatto, il neonato deve essere prima regolato e rassicurato tramite il contenimento fisico.

Il counseling emotivo ostetrico consente alla figura materna di anticipare il pianto, riducendo la frustrazione e rafforzando la sintonia comunicativa con il proprio neonato.[60]

Riconoscere i segnali precoci può rendere più agevole l'avvio dell'allattamento e ridurre la frustrazione legata al pianto. Se il bambino è molto agitato, può essere utile cercare prima di calmarlo con modalità appropriate e sicure, per poi riproporre il seno quando mostra segnali di disponibilità. Un pianto persistente o insolito, tuttavia, non va attribuito automaticamente a una difficoltà di regolazione e può richiedere una valutazione.

[60] Kristensen, I. H., Juul, S., & Kronborg, H. (2020). What are the effects of supporting early parenting by newborn behavioral observations (NBO)? A cluster randomised trial. *BMC psychology*, *8*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00467-5 Consultato il 23/09/2026

Focalizzando l'attenzione sull'allattamento al seno, bisogna sottolineare che non rappresenta unicamente una modalità di nutrizione, ma costituisce un canale primario di comunicazione sensoriale, neuroendocrina ed emotiva tra la madre e il neonato. Laddove il primo attacco sia stato ritardato o interrotto, l'avvio dell'allattamento all'interno del percorso di Re-bonding assume un forte valore riparativo.

L'intervento ostetrico nell'avvio della lattazione si articola attraverso:

- Contatto pelle a pelle prolungato: la riproposta del contatto pelle a pelle guidato crea le condizioni neurobiologiche ottimali per la stimolazione dei riflessi neonatali primordiali. Il calore, l'odore materno e il battito cardiaco stabilizzano i parametri fisiologici del neonato e favoriscono l'attacco spontaneo e profondo.
- Allattamento responsivo: superare le rigidità legate agli orari fissi o alle durate prestabilite della poppata. L'ostetrica guida la madre a offrire il seno ogni volta che il neonato mostra segnali precoci di ricerca, rispettando i ritmi individuali e sostenendo la produzione prolattinica (allattamento a richiesta).
- Prevenzione del disagio e supporto pratico: la valutazione dell'efficacia della suzione, del posizionamento e dell'attacco previene l'insorgenza di dolore o di ragadi, elementi che potrebbero interferire negativamente con la costruzione del legame affettivo (WHO, 2022).[61]

Quindi l'integrazione tra un counselling ostetrico, l'insegnamento alla lettura dei segnali neonatali e l'avvio guidato all'allattamento offre alla diade un'occasione per trovare le modalità di interazione più serena, permettendo di creare le condizioni per superare le criticità iniziali e fondare la relazione genitoriale su basi di sicurezza, fiducia e continuità dell'assistenza.

[61] **World Health Organization.** (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. Geneva. Pagg. 14-18

5.6 Il ritorno a casa

La dimissione dall'ambiente ospedaliero rappresenta per la nuova famiglia un momento di profonda riorganizzazione emotiva, relazionale e logistica. Se all'interno della struttura sanitaria la diade madre-neonato beneficia del contenimento clinico e della presenza costante delle figure assistenziali, il rientro al domicilio segna il passaggio verso una gestione autonoma delle dinamiche di accudimento. Se la nascita è stata complessa o ha comportato una separazione, possono emergere emozioni contrastanti che meritano ascolto e attenzione.

In un percorso improntato al Re-bonding, il ritorno a casa non coincide con la conclusione del processo riparativo, bensì con la sua stabilizzazione. Laddove la nascita sia stata caratterizzata da eventi traumatici, interventi d'urgenza o separazioni precoci, la quotidianità domestica offre uno spazio privilegiato per consolidare i processi di sintonizzazione affettiva e regolazione neuroendocrina avviati in ospedale.

I primi giorni di domicilio rappresentano una fase di estrema vulnerabilità per la donna: il calo fisiologico degli ormoni (baby blues) si somma al potenziale vissuto di solitudine o ansia nell'interpretazione dei bisogni del neonato. In questa prospettiva, la promozione del Re-bonding a casa si articola attraverso:

- Il mantenimento dell'ambiente sensoriale protetto: creare a casa condizioni che riducono i livelli di stress visivo e acustico, favorendo lo skin-to-skin prolungato.
- La prevenzione della disorganizzazione emotiva: sostenere la madre nella gestione dell'affaticamento psicofisico per evitare che lo stato di esaurimento delle risorse materne interferisca con la risposta sensibile e pronta ai segnali del neonato.

Per favorire questi aspetti risulta fondamentale il modello di assistenza continuativa a conduzione ostetrica. La visita domiciliare nei primi giorni post-dimissione consente di valutare la salute materna e neonatale e di osservare eventuali difficoltà nel contesto quotidiano.

L’ostetrica del territorio non si limita a effettuare il controllo clinico dei parametri di salute materno-neonatali (involuzione uterina, cicatrizzazione, calo ponderale e ittero neonatale), ma agisce come facilitatrice della relazione della diade:

- Counseling domiciliare e ascolto attivo: la verifica e la rielaborazione del vissuto del parto in un contesto familiare e confortevole permettono alla madre di esprimere eventuali dubbi, paure o vissuti di inadeguatezza risalenti alla nascita o alla degenza.
- Supporto pratico all’allattamento e all’accudimento: l’osservazione della poppata e delle routine quotidiane nell’ambiente reale della donna consente all’ostetrica dare consigli sul posizionamento, sull’attacco responsivo e sulla prevenzione di complicanze, come ragadi o ingorghi, rafforzando l’autoefficacia materna
- Integrazione della rete di supporto familiare: la presenza del partner e della famiglia come collaboratori attivi, consente alla figura materna di non occuparsi delle mansioni secondarie così da permetterle di dedicarsi primariamente alla sintonizzazione corporea ed emotiva con il neonato. (WHO, 2022)[62]

Il consolidamento del Re-bonding nel contesto domestico può svolgere da fattore protettivo per la madre e la diade, riducendo il rischio di depressione post-partum e disturbi d’ansia.

L’interruzione o il ritardo nell’instaurarsi del legame di attaccamento nei primi giorni di vita costituisce un fattore di rischio riconosciuto per la salute mentale materna. Al contrario, la riproposizione continuativa del contatto pelle a pelle e la risposta sensibile ai segnali neonatali al domicilio stimolano la secrezione di ossitocina ed endorfine,

[62] **World Health Organization (WHO).** (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. Geneva. Pagg 106-108, 146-149

modulando la risposta materna allo stress e migliorando il tono dell'umore. (WHO, 2022)[6364]

In conclusione, il rientro a domicilio rappresenta un momento in cui la continuità dell'assistenza può aiutare la famiglia a consolidare le competenze acquisite. Attraverso controlli, informazione, ascolto e sostegno personalizzato, l'ostetrica contribuisce alla tutela della salute materna e neonatale, ponendo le basi per la salute psicofisica della diade e della nuova famiglia nei primi 1000 giorni di vita.

[63] **World Health Organization (WHO).** (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. Geneva. Pagg. 44-47

[64] Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub4 Consultato il 23/09/2026

CAPITOLO 6

Il Re-bonding nella pratica ostetrica marchigiana: conoscenze, applicabilità e criticità

Il Re-bonding, come già illustrato nei capitoli precedenti, sta diventando parte integrante dell'assistenza ostetrica e, per questo, è necessario coinvolgere i professionisti sanitari nella conoscenza e nell'applicazione di questa pratica. A questo proposito, all'interno del progetto di tesi è stato elaborato un questionario, su base quantitativa e qualitativa, che indaga la conoscenza del Re-bonding sul territorio ostetrico marchigiano.

L'obiettivo della tesi e dello studio da me condotto è illustrare un percorso, partendo dai primi 1000 giorni di vita e dal bonding, che prosegue con le conoscenze emerse dalla ricerca empirica sul Re-bonding, così da fornire una base solida di consapevolezza per arrivare al fulcro dell'elaborato: le conoscenze e le criticità nell'applicazione di questa pratica.

Il Re-bonding non deve essere inquadrato come una serie di pratiche finalizzate a restituire serenità all'interno della diade, ma come un percorso emotivo, pratico e neuroendocrino della diade verso la conoscenza e la consapevolezza di questa nuova finestra, a partire dalla gravidanza e per tutta la vita del bambino.

Purtroppo, anche se questo approccio assistenziale è studiato e conosciuto, viene applicato solo in piccola parte, senza procedere con un percorso vero e proprio.

Ritengo, quindi, questa pratica fondamentale nella routine assistenziale ostetrica e la ricerca va proprio a indagare e a far acquisire la consapevolezza dell'importanza del Re-bonding, così da poter superare o eludere gli ostacoli presenti e garantire continuità nell'assistenza.

La ricerca indaga la percezione delle ostetriche, individua eventuali criticità nell'applicazione della pratica e raccoglie opinioni sulle modalità di implementazione del Re-bonding.

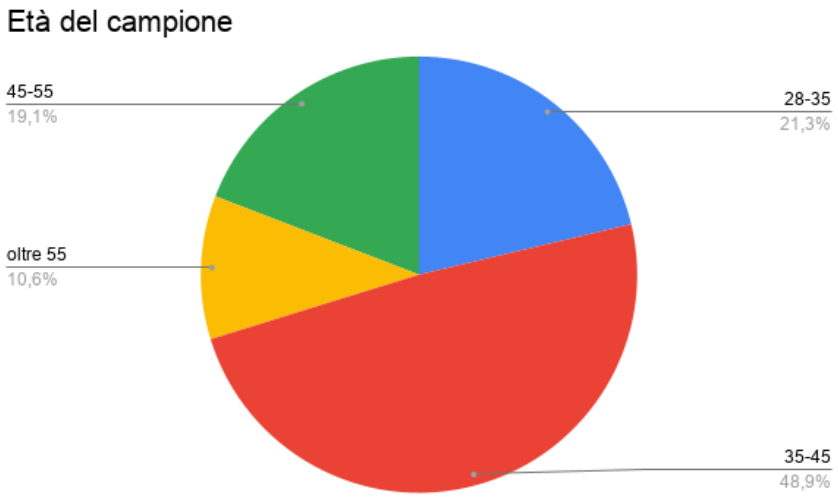
6.1 Materiali e Metodi

Per questa ricerca è stato somministrato un questionario tramite Google Moduli e diffuso alle ostetriche iscritte all'Ordine della Professione di Ostetrica delle Marche. La somministrazione del questionario è iniziata il 10/07/2026 e si è conclusa il 05/09/2026, con 47 risposte da parte di ostetriche. Le risposte sono anonime per dare la possibilità di rispondere nel modo più sincero possibile.

6.2 Risultati

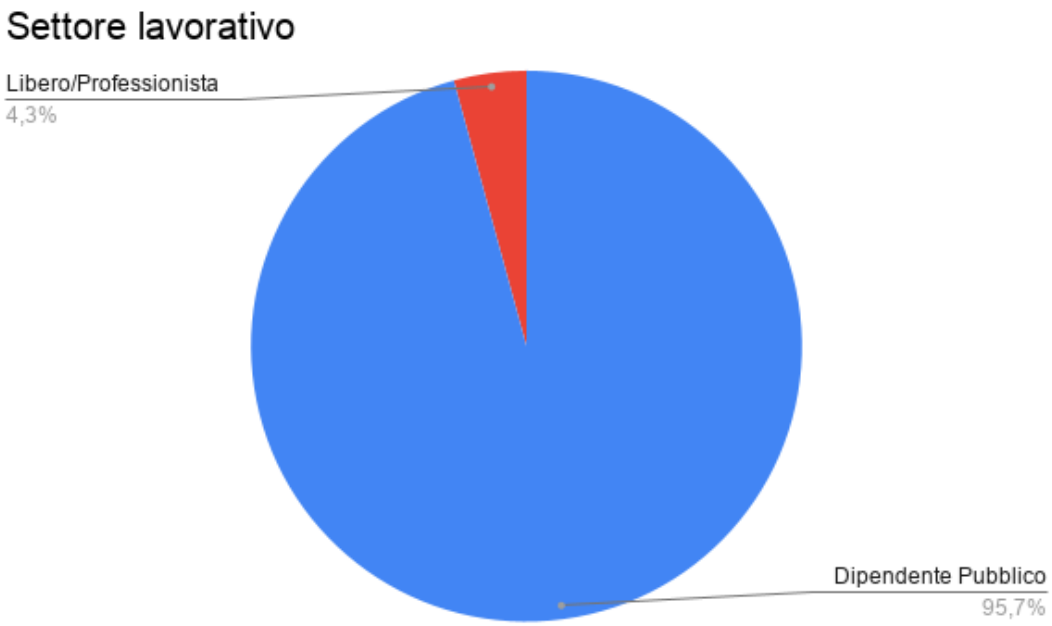
I risultati ottenuti verranno analizzati uno ad uno rispettivamente all'interno delle loro sezioni.

Prima domanda: "Età".



L'età del campione serve a definire il periodo in cui l'ostetrica ha conseguito gli studi e a indicare l'esperienza lavorativa maturata. Negli ultimi anni il percorso di studi ha introdotto il tema del Bonding nel programma formativo e l'esperienza lavorativa incide sul piano formativo e esperienziale. Purtroppo, a questo questionario non hanno partecipato le ostetriche che hanno appena concluso il percorso di studi (fascia 22-28), quindi alcuni dati potrebbero non essere attendibili.

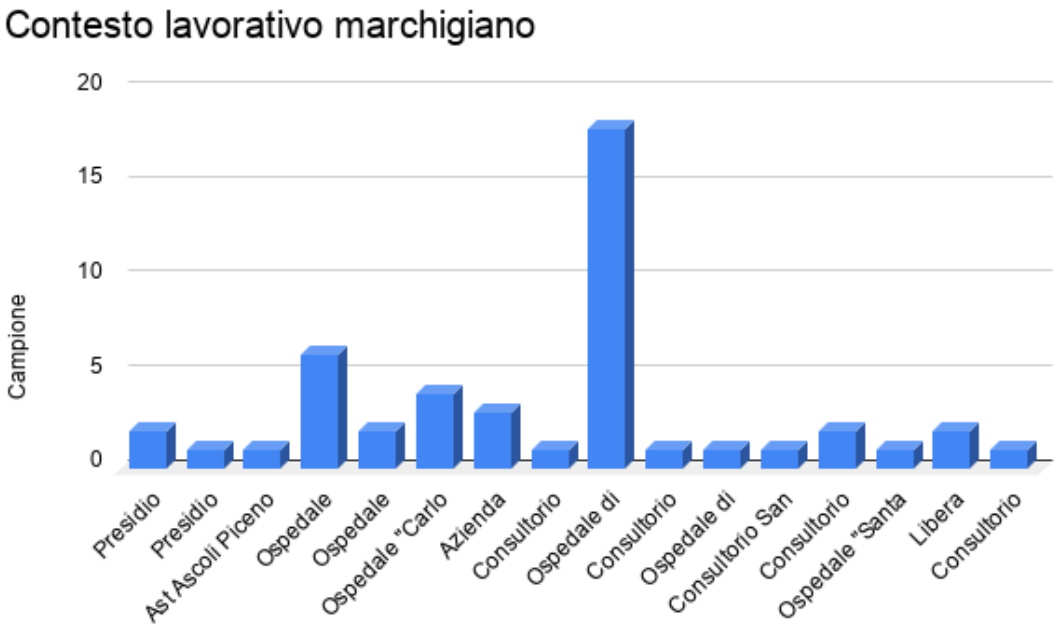
Seconda domanda: “In quale settore lavori?”.



Il campione prevalente è costituito dal lavoro nel settore pubblico, mentre nel settore della libera professione ci sono state solo due risposte. Il campione che opera nel settore privato non è presente; ciò rappresenta un limite per l’indagine, perché non sarà possibile verificare se questa pratica sia diffusa in ambito di assistenza in libera professione.

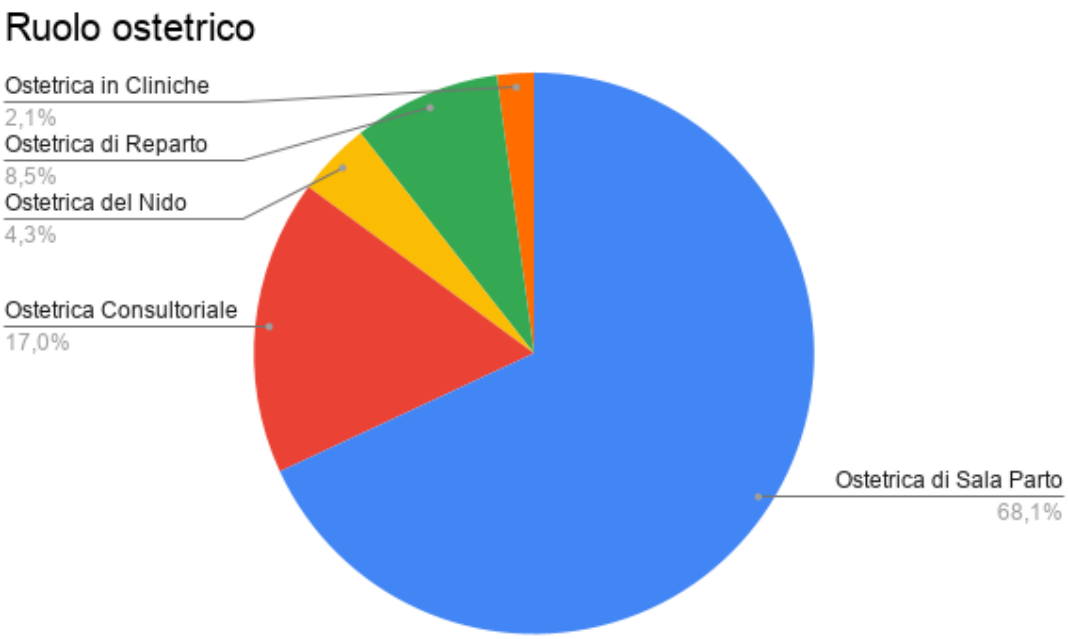
Terza domanda: “In quale Regione lavori?”. In questa domanda non è necessario inserire il grafico, poiché l’intero campione opera nella regione Marche. La domanda è stata fatta per indagare se qualche ostetrica lavorasse in altre regioni ma fosse ancora iscritta all’Ordine della Professione Ostetrica delle Marche così da poter confrontare l’operato e la conoscenza di altre regioni.

Quarta domanda: “Se sei delle Marche, in quale ospedale lavori?”. Riguarda il presidio ospedaliero o territoriale in cui lavora il campione.



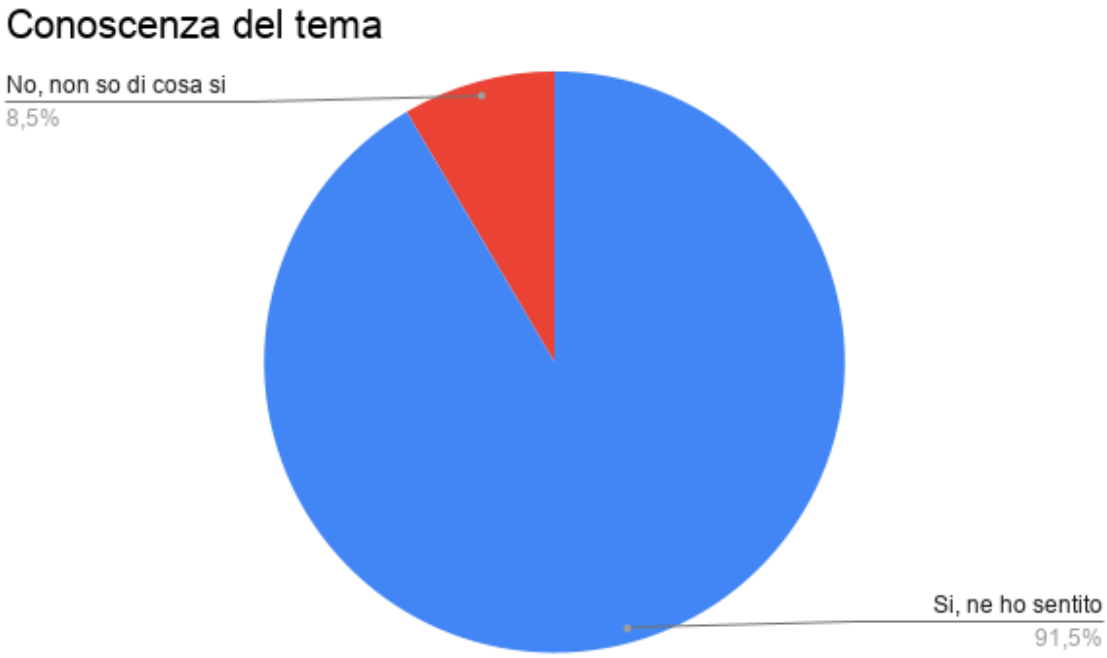
Questa domanda è stata introdotta per analizzare se ci sono differenze tra i vari presidi ospedalieri e territoriali riguardo alle conoscenze del Re-bonding e l’applicabilità all’interno del proprio luogo di lavoro. Le ostetriche che esercitano in libera professione hanno specificato il proprio ambito lavorativo.

Quinta domanda: “In quale reparto lavori?”.



Le ostetriche che hanno partecipato all’indagine lavorano prevalentemente in sala parto e si trovano a contatto con la donna quasi esclusivamente al momento del parto. Nell’ospedale di Macerata l’ostetrica di sala parto ricopre un ruolo duplice, seguendola anche nel post-parto e nelle dimissioni. L’ostetrica consultoriale svolge, secondo il mio pensiero, un ruolo fondamentale poiché in Italia la continuità assistenziale può essere assicurata unicamente da lei, a meno che la donna non si rivolga all’ostetrica che esercita in libera professione.

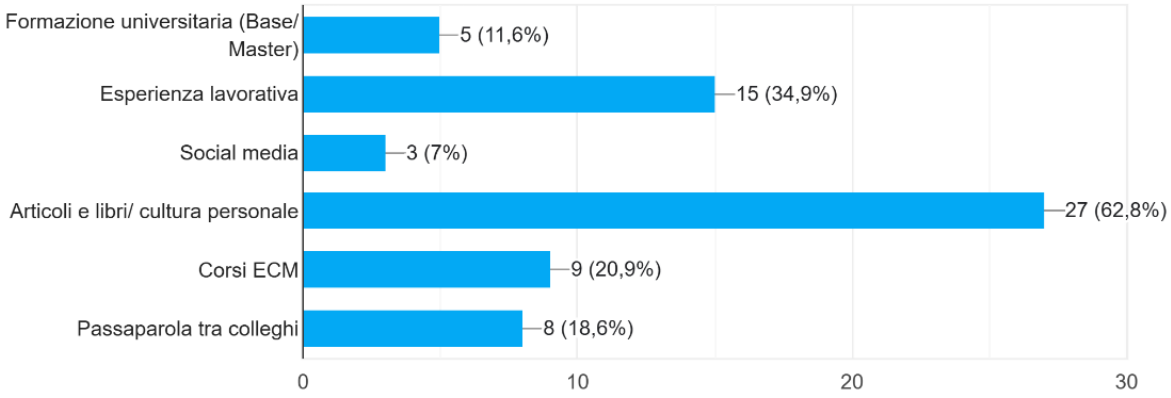
Sesta domanda: “Hai mai sentito parlare del “RE-BONDING”?”.



Da questo grafico emerge una criticità: anche se la maggior parte delle ostetriche è a conoscenza del Re-bonding, su 47 partecipanti l’8,5% non è a conoscenza del tema. Questo dato indica una mancanza, non tanto da parte dell’assistenza ostetrica, ma da parte di enti che non promuovono questa pratica perché ancora poco conosciuta.

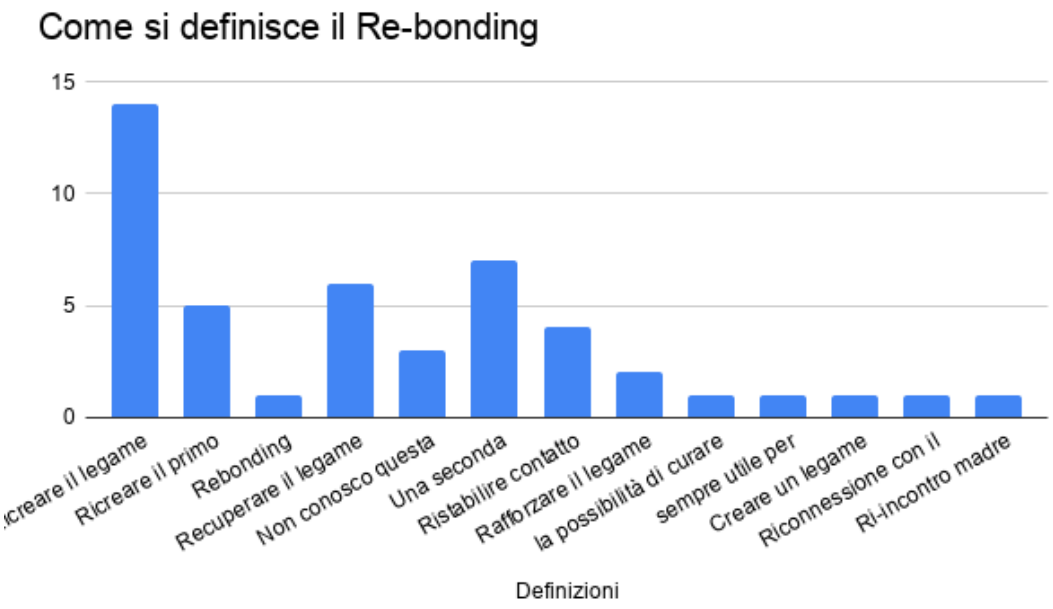
Settima domanda: “Se “Si, ne ho sentito parlare” dove hai appreso le informazioni?”

Dove sono state apprese le informazioni



La domanda inquadra i vari percorsi che l’assistente sanitario può intraprendere per conoscere e studiare il tema. La maggior parte delle ostetriche ha inserito la risposta “articoli e libri/cultura personale” perché, essendo un tema poco conosciuto, sono presenti pochi Master o corsi specifici dove poterlo studiare. L’esperienza lavorativa incide anche sulle conoscenze del Re-bonding, principalmente perché, in caso di necessità, si indaga sulle strade da percorrere e lavorare a contatto con colleghi che conoscono il tema può essere utile per approfondirlo.

Ottava domanda: “Come definiresti il RE-BONDING?”.



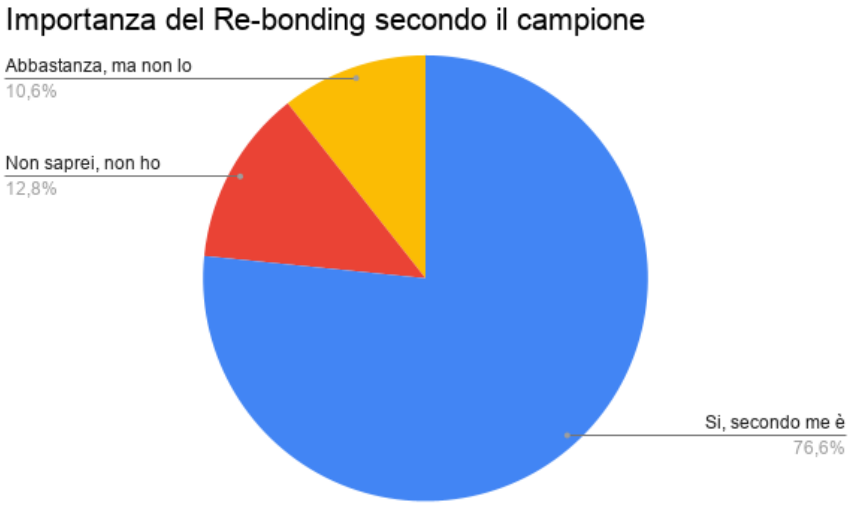
Questa domanda è a risposta aperta, quindi le ho raggruppate in 13 sezioni in base al tipo di risposta:

- Ricreare il legame della diade
- Ricreare il primo contatto (Bonding)
- Recuperare il legame madre-bambino
- Una seconda possibilità
- Ristabilire il contatto diade madre-neonato
- Rafforzare il legame mamma-bambino
- La possibilità di curare le ferite inferte da un'assistenza poco attenta all'integrità della nascita
- Sempre utile per approccio mamma bambino
- Ri-incontro madre bambino
- Non conosco questa pratica
- Creare un legame attraverso il contatto pelle a pelle
- Riconnessione con il passato per ritrovare un equilibrio presente

Sono tutte definizioni giuste e adatte al contesto; il Re-bonding comprende tutti questi aspetti: Ricreare, Rafforzare, Recuperare, Ristabilire, Ri-incontro, Creare,

Riconnessione…. Non esiste una definizione univoca per un percorso che presenta molti aspetti. Una risposta centrale è “Pratiche di cura, sostegno e protezione volte a favorire, risanare il legame mamma-bambino. Particolarmente importante nelle storie di nascita difficile.”.

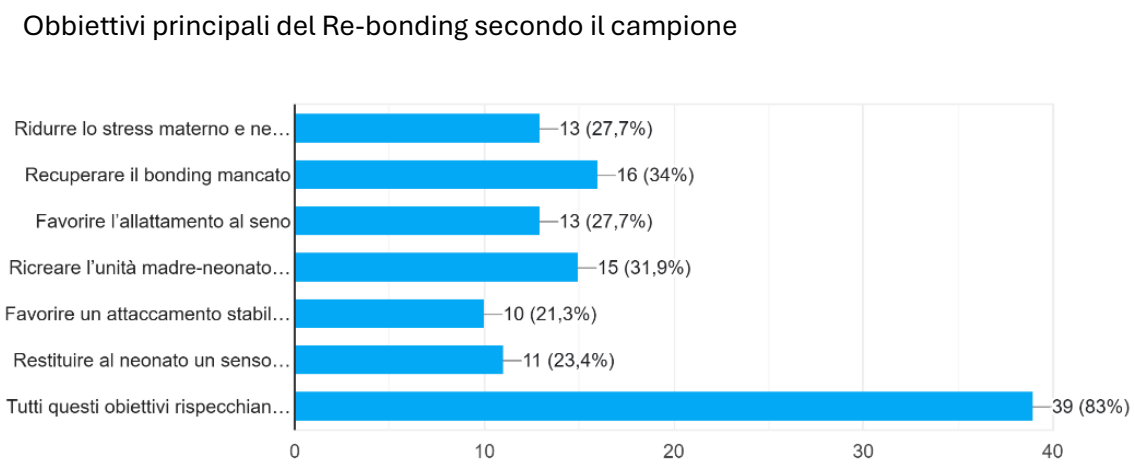
Nona domanda: “Secondo te il “RE-BONDING” nella pratica ostetrica è importante?”.



La domanda va a valutare il pensiero personale del campione, definendo questa pratica: importante, poco importante, non importante, non conosco il tema.

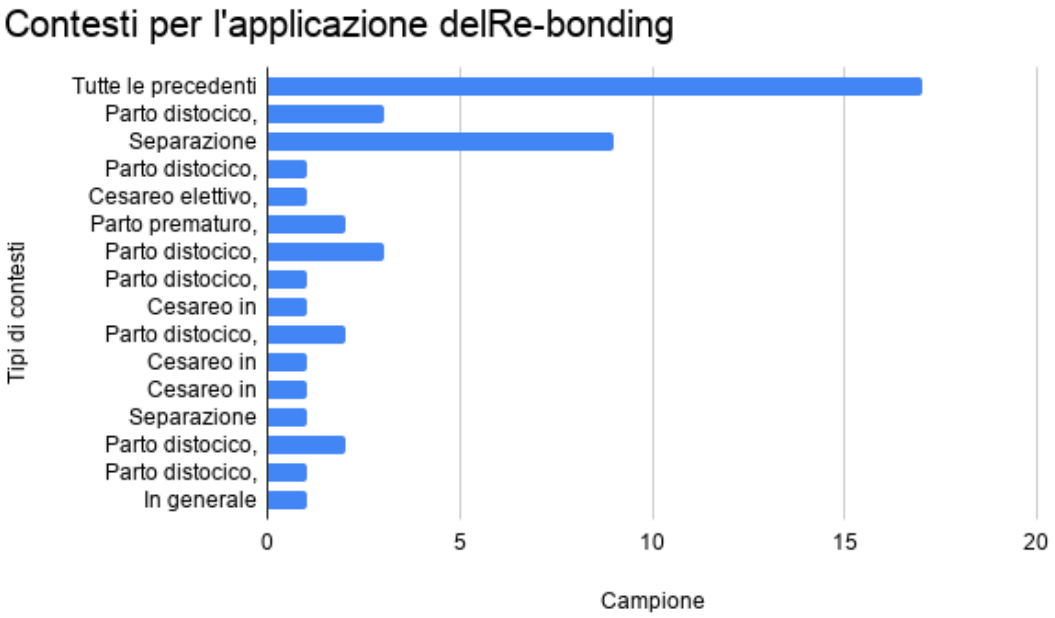
Il 76,6% ritiene questa pratica fondamentale, il 10,6% ritiene che sia abbastanza ma non fondamentale, mentre il restante 12,8% non conosce il tema.

Decima domanda: “Quali sono, secondo te, gli obiettivi principali del “RE-BONDING”?”.



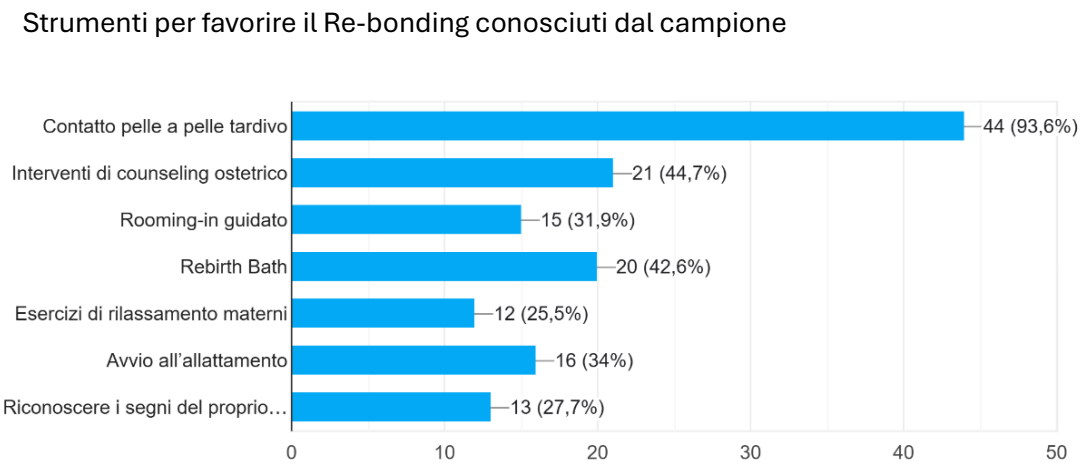
Questa domanda va ad illustrare tutti gli obiettivi che il Re-bonding ha e, con la possibilità di una risposta multipla, il campione ha potuto scegliere quali fossero solo i principali. 39 ostetriche su 47 hanno ritenuto che non ci fossero obiettivi più o meno importanti, mentre la parte restante ha individuato, che ce ne fossero alcuni più importanti e altri meno. Il meno indicato è “favorire un attaccamento stabile in caso di baby blues”, che rimane comunque un obiettivo fondamentale, poiché il Re-bonding può ridurre i fattori di rischio della depressione post-partum.

Undicesima domanda: “In che contesti reputi importante applicare la pratica del “RE-BONDING”?”.



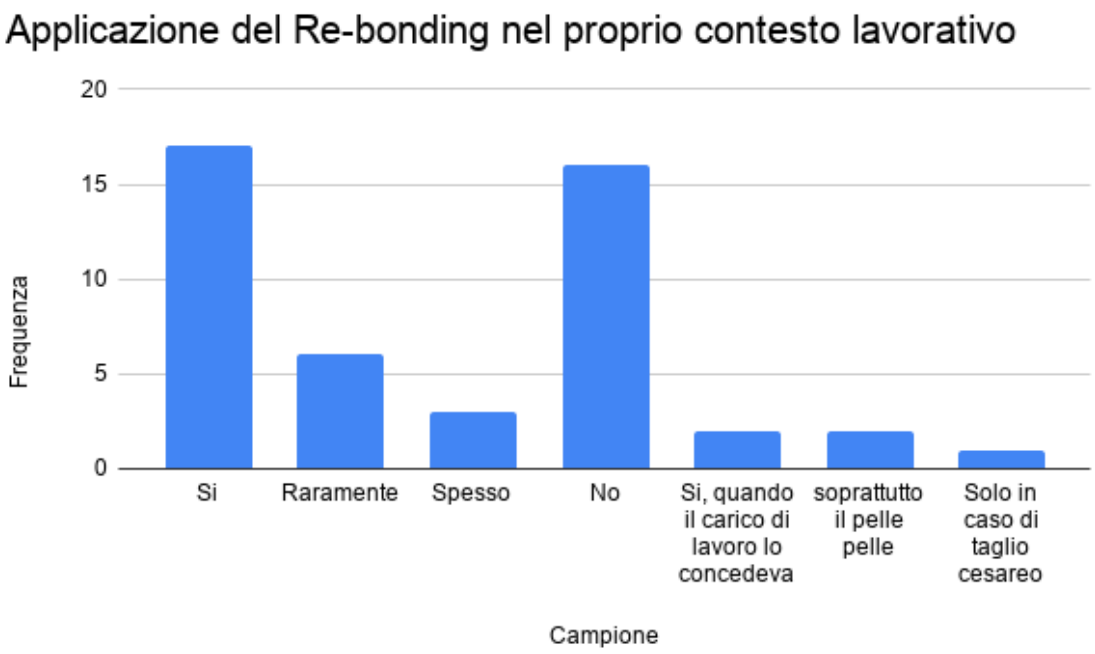
La domanda, sempre a risposta multipla, definisce alcuni contesti in cui si applica il Re-bonding. La maggioranza del campione ha indicato tutte le risposte, mentre un’altra parte ha indicato solo la separazione precoce. Studiando invece le risposte delle ostetriche che non hanno indicato né una risposta né tutte le risposte, i contesti principali che sono stati esclusi sono: la Depressione Post-Partum e il cesareo elettivo. Questi due contesti sono invece ugualmente importanti, principalmente perché la depressione post-partum presenta molteplici fattori di rischio, molti dei quali legati alla presenza del neonato e al trauma del parto. Il taglio cesareo elettivo allontana comunque la madre dal neonato nei primi minuti o nella prima ora post-parto, rendendo anche questo un contesto adatto all’applicazione del Re-bonding.

Dodicesima domanda: “Quali strumenti conosci per favorire il RE-BONDING?”.



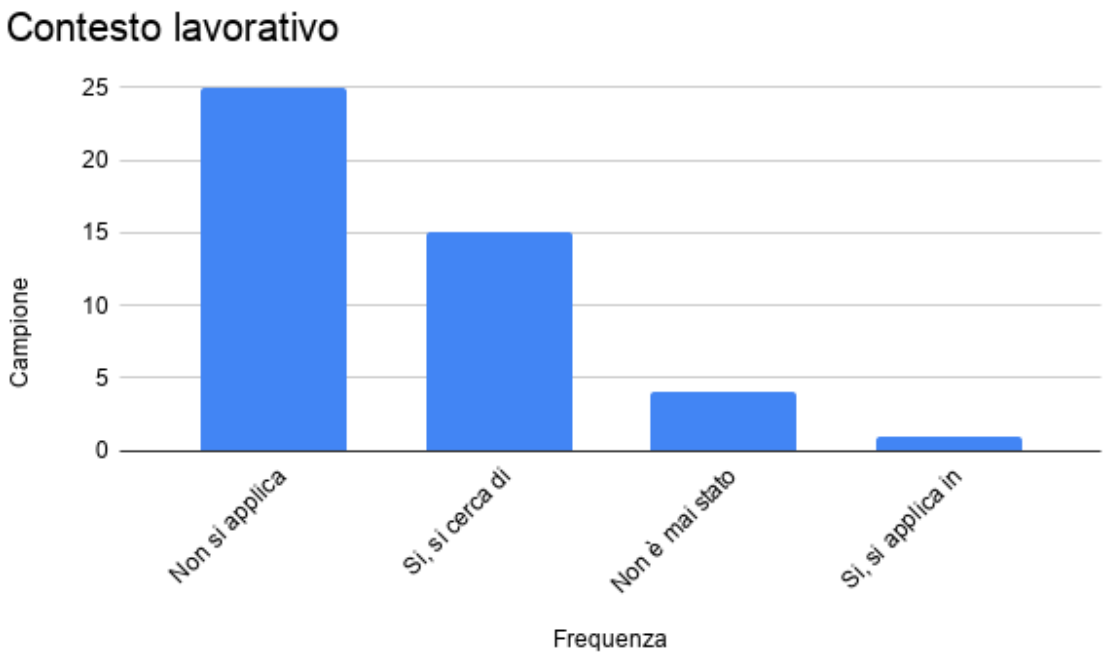
La dodicesima domanda a risposta multipla e descrive i principali strumenti per favorire il percorso di Re-bonding. Il campione ha indicato come principali “Contatto pelle a pelle tardivo” e “Interventi di counselling ostetrico”, mentre la maggior parte ha escluso “Riconoscere i segni del proprio neonato” e “Esercizi di rilassamento materni”. Questi due strumenti, anche se studiati e insegnati alle madri in un periodo di tempo più lungo, rimangono comunque importanti se alla base del distacco è presente uno stress materno o neonatale significativo. Solo due ostetriche hanno indicato tutte le risposte come giuste.

Tredicesima domanda: “Hai mai applicato la pratica del “REBONDING” nel tuo contesto lavorativo?”.



La domanda è a risposta breve, quindi, le risposte sono state categorizzate in base alla frequenza. Si riferisce al contesto lavorativo del campione. Anche se il campione, alla domanda precedente, ha affermato di conoscere il Re-bonding, la gran parte non lo applica: applica quasi esclusivamente il pelle a pelle, lo applica solo se lo permette il carico di lavoro o solo dopo un taglio cesareo.

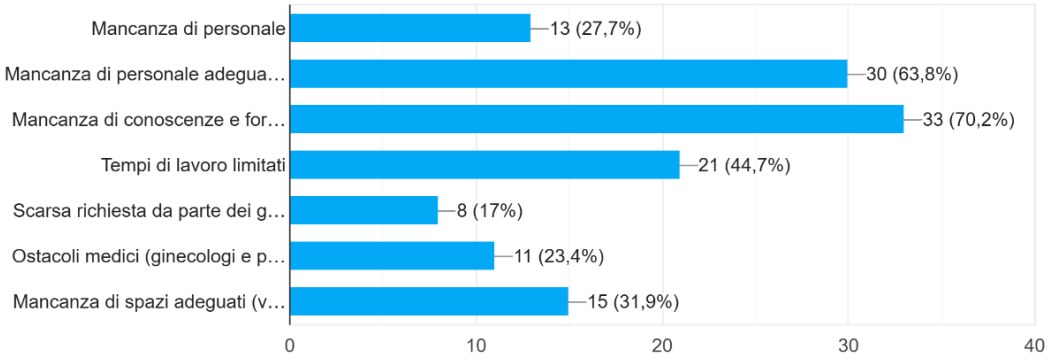
Quattordicesima domanda: “Nel tuo contesto lavorativo si applica la pratica del “RE-BONDING”?”



La domanda è a risposta singola, con la possibilità di fornire una risposta aperta. È simile alla prima domanda di questa sezione, ma si riferisce al reparto, mentre la prima al singolo operatore. Nel proprio contesto lavorativo, 25 ostetriche hanno affermato che non si applica la pratica, mentre solo 15 hanno affermato che si cerca di applicarla quando è presente la possibilità. Le restanti affermano che non è stato possibile applicarlo per cause indipendenti dal loro volere. A questa domanda, due professioniste hanno fornito una risposta aperta, inserendo: “Non è conosciuta questa pratica che io sappia” e “Non lavoro in un reparto dal 2019”. La prima affermazione fa riferimento alla mancanza di conoscenze da parte del team del reparto. La seconda invece è stata scritta da un’ostetrica libera professionista.

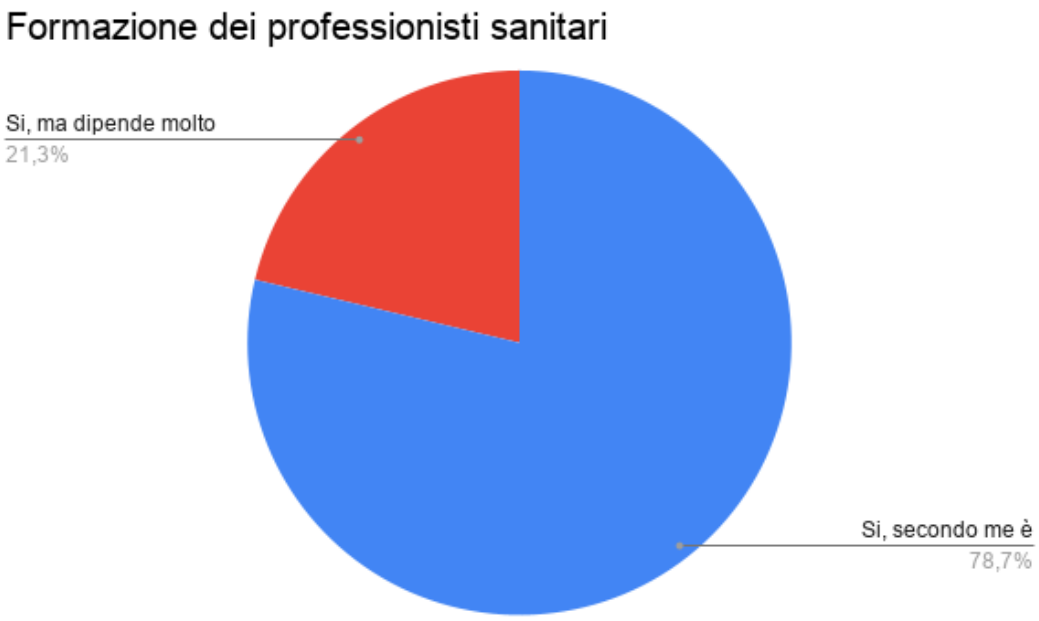
Quindicesima domanda: “Secondo te quali ostacoli intercorrono per l’applicazione della pratica del “RE-BONDING” nell’ambito lavorativo?”.

Cause della mancata applicazione del Re-bonding:



La quindicesima domanda è a risposta multipla, quindi il campione poteva selezionare più di un’opzione in base alle proprie esperienze. Nessuno ha inserito tutte le risposte e da questo grafico si può intuire che alla base del mancato trattamento è presente una carenza di informazioni e di personale adeguatamente istruito. Incidono anche i tempi di lavoro limitati e la mancanza di spazi adeguati per intraprendere il percorso.

Sedicesima domanda: “Secondo te è importante che i professionisti che lavorano in area materno/infantile abbiano un'adeguata formazione sul “RE-BONDING”?”.



Questa domanda, a risposta singola, indaga l’opinione delle ostetriche sull’utilità della formazione nel reparto materno-infantile. Il 78,7% (37 su 47) afferma che sia importante indipendentemente dalla curiosità e dall’entusiasmo personale, mentre il 21,3% (10 su 47) afferma che rimane comunque una formazione importante, ma dipendente dalla volontà e dalla conoscenza del singolo operatore. Essendo comunque una pratica raramente introdotta in un contesto universitario, è compito dell’operatore cercare master, corsi o informazioni per conoscere il percorso e approfondirlo.

Diciassettesima domanda: “Hai notato benefici tangibili nelle donne/coppie a cui è stato proposto? Se sì, quali?”. La risposta è libera e aperta, così che ogni professionista possa affermare il proprio pensiero. A questa domanda 11 partecipanti hanno risposto di non averlo mai visto applicare o di non averlo mai applicato, quindi non hanno potuto raccontare la loro esperienza, mentre le restanti 36 hanno riportato la loro esperienza. Di seguito verranno inserite alcune risposte:

“Aumento dell’autostima della madre/padre, aumento dell’ossitocina e delle endorfine, stimola il sistema immunitario del neonato, favorisce l’allattamento.”

“Sì, mamme più sicure di sé nel rientro a casa dall'ospedale, nella gestione del neonato, maggiore soddisfazione riguardo l'esperienza di nascita nonostante le difficoltà”

“Superamento delle difficoltà all'attacco al seno, miglioramento delle condizioni dell'umore materne”

“Riduzione dello stress, aumento del riposo, delle cure neonatali con aumento della percezione di efficacia da parte dei genitori. Aumento dell'allattamento al seno con riduzione delle difficoltà inerenti.”

“Maggior consapevolezza di quello che è accaduto e diminuzione del senso di colpa per come sono andate le cose”

Altre ostetriche, invece, hanno messo in luce la problematica della mancanza di tempo, scrivendo che non sono riuscite a ottenere risultati visibili perché la degenza della donna all’interno del presidio ospedaliero è breve.

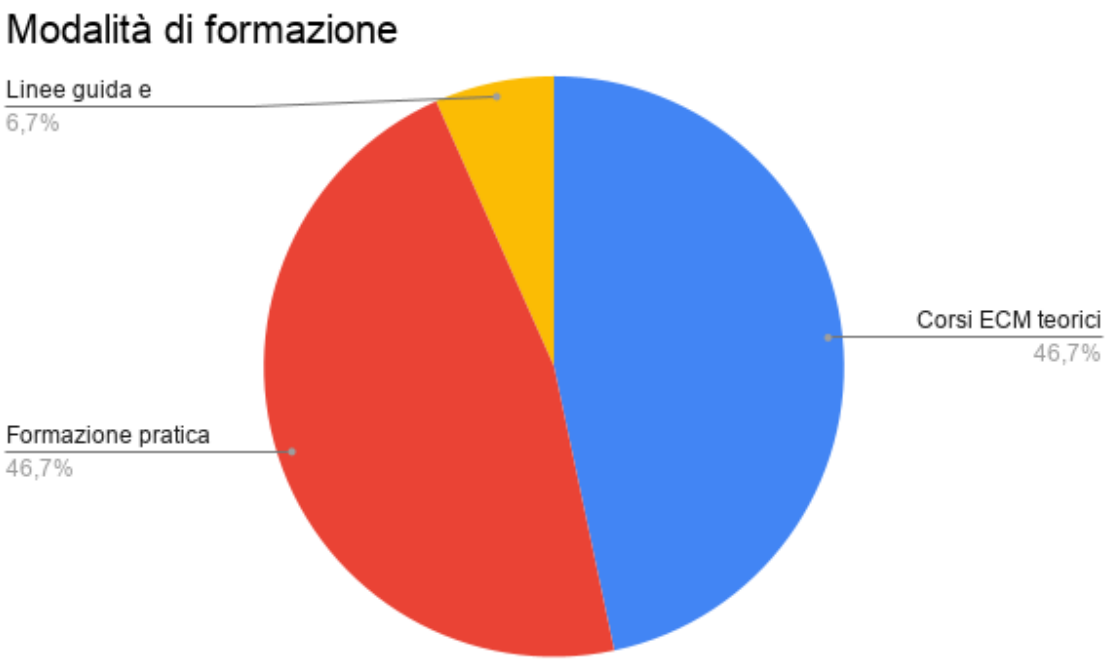
Diciottesima domanda: “Secondo te nei CAN (Corsi di Accompagnamento alla Nascita) si dovrebbe parlare di un eventuale BONDING invece?”.

La risposta era facoltativa perché non è totalmente in linea con il tema dell’elaborato di tesi. Sono arrivate 20 risposte, tutte positive, sull’inserimento di un incontro in cui si tratta il Bonding. L’inserimento di questo tema all’interno dei CAN, secondo il mio parere, è fondamentale per istruire la donna verso un buon attaccamento con il proprio neonato, così da smussare i fattori di rischio presenti nel post-parto e in futuro, sia per la mamma sia per il bambino. Educare i genitori ad ascoltarsi e ascoltare è la base per un buon percorso di crescita familiare. Ho inserito questa domanda facendo riferimento al Bonding perché parlare del Re-bonding nei CAN implicherebbe attenzionare le cause in cui viene applicato, infondendo alla donna ansia e preoccupazione, due elementi antagonisti del parto. In particolare, riporto una risposta che racchiude l’essenziale di questa domanda: “Sì, in modo da educare ed informare i futuri genitori sull'importanza di questa pratica, senza però scendere troppo nei dettagli su eventuali eventi avversi che potrebbero accadere durante il parto (motivo per il quale potrebbe essere utile la pratica del Rebonding)”. Racchiude il mio pensiero, come penso racchiuda il pensiero di molte ostetriche: parlare sempre del positivo in modo consapevole.

Diciannovesima domanda: “Ti piacerebbe ricevere formazione specifica sul “RE-BONDING”?”.

Le risposte, a scelta singola, sono state tutte positive. Questo fattore è incoraggiante perché, a mio parere, un’ostetrica deve essere flessibile nei confronti dei cambiamenti e sempre in continuo aggiornamento. Deve proporsi come guida per le nuove famiglie e promuovere l’empowerment, ovvero sentimenti come autostima, fiducia e consapevolezza. Bisogna ricordare che la figura ostetrica non si limita a “colei che assiste il parto”, ma è la promotrice della famiglia e della donna, accompagna la donna in tutte le tappe fondamentali della vita e, dopo un'esperienza negativa, aiutarla fa parte del nostro lavoro. La riconnessione con il neonato, se non avvenuta al momento del parto, è fondamentale per la buona crescita di entrambi, e siamo noi, in primis, a doverci occupare di questo.

Ventesima domanda: “Quale modalità secondo te è più utile per la formazione?”.



Da questo grafico emergono informazioni riguardo la modalità più adatta di formazione secondo il campione. Il 46,7% ha scelto la formazione pratica, quindi corsi in presenza in cui vengono spiegate le varie modalità di attuazione del Re-bonding. Bisogna ricordare però che il Re-bonding non è solo un percorso basato su meccanismi pratici, ma è un insieme teorico e applicativo per cui servirebbe una formazione a 360°. È importante il counseling ostetrico come il Rebirth Bath, è importante lo studio sul campo come lo studio dei processi endocrinologici. I corsi ECM potrebbero essere un’altra valida alternativa, una scelta parallela alla formazione pratica; quindi, per avere una formazione completa, dovrebbero essere presenti entrambe le componenti: studiare il teorico per poi applicarlo al pratico (come suggerito da due ostetriche nel questionario). Un’ostetrica suggerisce anche questo: *“Gli studenti e il personale andrebbero accompagnati nella pratica clinica per osservare concretamente gli effetti immediati del Re-bonding”.*

Ventunesima domanda: “Hai dei consigli o osservazioni su questo tema?”.

Questo spazio è introdotto per lasciare dei consigli o delle opinioni attraverso risposte aperte, ne riporto alcune:

“Sensibilizzare le ostetriche già dal corso di laurea per creare consapevolezza sui danni che possiamo provocare e sulle tecniche per risanare le disarmonie indotte dai nostri comportamenti. Attenzione al lato umano, non soltanto alle azioni da compiere”.

“Maggior informazione per le mamme nei corsi preparto per una corretta esecuzione a domicilio”.

“Si dovrebbero istituire dei protocolli nelle patologie neonatali in modo da poter rendere il Re-bonding una pratica clinica di routine.”.

“La pratica è da promuovere, ma nella realtà si riesce poco e male anche a proporre il pelle a pelle delle prime ore dalla nascita.”

“Sarebbe fondamentale una maggior selezione da parte dell’università per far in modo che intraprendano questo percorso lavorativo solo chi veramente ed eticamente motivato, tutto andrebbe di conseguenza”.

“Argomento davvero interessante che deve essere approfondito fin dall'università”.

Da queste poche frasi emergono molti aspetti. Il primo aspetto riguarda la multidisciplinarietà: il coinvolgimento di altri operatori sanitari, come infermiere del nido o della patologia neonatale, è fondamentale per garantire continuità e presenza al percorso che si intraprende. Il secondo aspetto è la realtà che si vive: una medicina difensiva, che si concentra principalmente sulla buona riuscita del parto, e che non riesce a porre l’attenzione adeguata al primo contatto o al recupero del Bonding per mancanza di tempo.

CONCLUSIONI

L’elaborato di tesi “Il Re-bonding nella pratica ostetrica: analisi, applicabilità e studio osservazionale della realtà marchigiana” ha avuto l’obiettivo di approfondire il Re-bonding ostetrico partendo dalla pratica del Bonding e dal concetto della Nurturing Care. Ho ritenuto fondamentale partire da questi pilastri per dare una base concreta alla pratica esaminata. Il Bonding, inteso come un processo emotivo, neuroendocrino e sensoriale, pone le fondamenta per un attaccamento sicuro tra il neonato e il caregiver. La pratica della Nurturing Care segue il Bonding nei primi 1000 giorni di vita, ponendosi come guida per i genitori verso una crescita sana e stimolante.

Ma se il Bonding non può essere effettuato a causa di un parto distocico, un cesareo d’emergenza o un trauma che la donna ha nei confronti della nascita? L’ostetrica, e a seguire, un’équipe multidisciplinare può impostare un percorso di Re-bonding con l’obiettivo di riattivare il sistema nervoso neonatale verso la riscoperta della nascita e riconciliare la figura materna con il proprio neonato. Il Re-bonding non consiste nella mera attuazione di procedure, ma è un percorso essenziale per rivivere l’esperienza del parto sotto un altro punto di vista: la riunione di due vite che hanno vissuto in simbiosi per nove mesi. Studiando la storia di quest’arte ho capito l’impatto che il percorso ha sulla famiglia appena nata, a breve e a lungo termine. Incide positivamente sull’allattamento al seno, sul rapporto con il neonato e tra la coppia, sul benessere psicologico materno e neonatale. Un parto traumatico non dovrebbe essere ostacolo del rapporto tra la madre e il proprio neonato. Se il Bonding non potesse essere effettuato, dovrebbe essere possibile organizzare un percorso alternativo.

Da questo mio pensiero, approfondito con testi scientifici e metanalisi, è nata l’esigenza di capire perché questa pratica fosse poco conosciuta o poco applicata. Durante la stesura dell’elaborato ho riscontrato difficoltà nel reperire informazioni valide provenienti da siti Internet scientifici; quindi, ho dedotto che la conoscenza di questo percorso è molto limitata o poco approfondita. Quindi mi sono chiesta: nella realtà marchigiana attuale, a che punto è la conoscenza di questo percorso? Quali sono le criticità che un'ostetrica può riscontrare all’interno della sua realtà lavorativa? Come si possono migliorare le cose e quali sono i canali più richiesti per una formazione globale?

Da queste domande parte la ricerca empirica, guidata da un questionario diretto alle ostetriche iscritte all'Ordine Professionale delle ostetriche delle Marche, dove ho riscontrato molta curiosità e poca conoscenza dell'argomento.

La maggior parte delle ostetriche conosceva l'argomento, ma concentrava l'applicazione del percorso solo sulle varie modalità di parto (parto distocico, taglio cesareo d'emergenza, condizioni neonatali patologiche), escludendo la depressione post-partum o il distacco emotivo della madre nei confronti del neonato. Anche le modalità applicative, secondo il campione, sono per lo più circoscritte al contatto pelle a pelle tardivo e al counseling ostetrico, escludendo il riconoscimento dei segnali neonatali e gli esercizi di rilassamento materno. Probabilmente il campione ha indirizzato il Re-bonding verso questi argomenti principali anche perché, lavorando prettamente in reparto, il poco tempo disponibile non consente di iniziare un percorso a lungo termine.

Quest'ultimo aspetto è emerso nella terza parte del questionario: l'applicazione della pratica nel proprio contesto lavorativo. Da questa sezione è emerso come il contesto lavorativo del campione incide sull'applicazione del Re-bonding. Quasi la metà del campione, anche se è a conoscenza del percorso, non lo applica o non lo vede applicato all'interno della propria area lavorativa. Le principali cause emerse sono la carenza di formazione e di personale adeguatamente formato. Su questo aspetto si può intervenire attraverso corsi formativi teorici e pratici, come indicato anche dal campione, mentre la mancanza di tempi e spazi adeguati diventa una variabile da non sottovalutare.

Il percorso da intraprendere, secondo me, per superare questi limiti è la continuità tra l'ostetrica ospedaliera e l'ostetrica di comunità. È un aspetto molto discusso e poco praticato nell'organizzazione sanitaria presente in Italia, ma secondo me è fondamentale per ovviare alle mancanze che comportano la perdita di continuità nel percorso di Re-bonding. Negli altri paesi, come Inghilterra e Germania, è presente un percorso costruito e ben delimitato di continuità, dove le ostetriche ospedaliere individuano le donne che necessitano di vari percorsi, psicologici o riabilitativi, e le indirizzano verso centri in cui si trovano altre figure professionali che proseguono il percorso. Questo aspetto, visto nei Paesi esteri, non riguarda solo il tema dell'elaborato, ma riguarda ogni aspetto della vita della donna. D'altronde, le ostetriche si pongono come figure professionali che

accompagnano la donna in ogni evento significativo della propria vita riproduttiva, e questi eventi non si limitano alla sola componente biologica, ma comprendono l'unità della donna, dalla componente biologica fino alla componente emotiva e psicologica.

Questo aspetto mi sta molto a cuore: un percorso continuativo potrebbe essere la svolta verso una famiglia più sana e responsiva e verso una donna più competente e autonoma.

Un'osservazione che mi ha colpito molto e che condivido pienamente è la necessità di formazione non solo da parte delle ostetriche, ma anche da parte degli infermieri del nido o della patologia e, aggiungo, dei medici ginecologi e pediatrici. Più operatori conoscono questa pratica, maggiori saranno i riscontri positivi da parte delle famiglie in difficoltà che vivono il momento della nascita attraverso una prospettiva negativa e scoraggiante.

I limiti principali riscontrati in questa tesi sono la mancanza di informazioni, che conseguono a una carenza di formazione da parte del professionista sanitario, e la poca partecipazione al questionario: se ci fossero state più adesioni, magari l'analisi sarebbe stata più specifica e illuminante.

L'ostetrica non deve essere considerata solo come "accompagnatrice alla nascita", ma ricopre un ruolo molto più ampio. È colei che accompagna la famiglia e la donna nei momenti più sensibili, si pone come sostenitrice della relazione della diade e promuove l'autonomia e l'autodeterminazione della donna. Nel percorso del Re-bonding dovrebbe essere la prima a proporsi come guida nella relazione e rappresentare "l'ago" che ricuce il legame mancato.

In quest'ottica, promuovere il Re-bonding significa riconoscere la relazione genitore-neonato come parte integrante dell'assistenza ostetrica, contribuendo a garantire un percorso di cura più rispettoso dei bisogni emotivi, relazionali e assistenziali della famiglia.

ALLEGATO A

Cara futura collega,

Sono Sara Salvatori e sono una studentessa del corso di laurea in Ostetricia presso l'Università Politecnica delle Marche.

Sei invitata/o a partecipare a questa indagine conoscitiva, finalizzata alla stesura di un progetto di tesi di Laurea in Ostetricia, volto a indagare il livello di conoscenza, l'applicabilità e gli ostacoli reali legati alla pratica del **Rebonding** nella nostra regione.

Il contesto clinico e la necessità dell'indagine

La letteratura scientifica internazionale ha ampiamente validato l'efficacia del **Bonding** e, in particolar modo, del **Rebonding**.

Nonostante la centralità della salute emotiva e dell'attaccamento sicuro nei primi giorni di vita, la traduzione di questi concetti nella pratica clinica quotidiana all'interno delle nostre strutture sanitarie regionali appare disomogenea o frenata da diverse resistenze.

Gli obiettivi dello studio

Questo questionario nasce con l'obiettivo di fotografare la reale situazione marchigiana, ponendo un accento critico su tre aspetti fondamentali:

- **Il livello di conoscenza della materia:** Comprendere quanto il Rebonding sia effettivamente integrato nel bagaglio culturale delle ostetriche attive nei vari ambiti (Sala Parto, Reparto, Nido, TIN, Consultorio e Libera Professione) e se l'attuale offerta formativa ed ECM sia considerata sufficiente.
- **Gli ostacoli conoscitivi e strutturali:** Mettere in luce le barriere organizzative quotidiane, come la carenza di personale, i tempi di lavoro eccessivamente contratti e la mancanza di spazi o protocolli dedicati che impediscono una reale continuità assistenziale alla diade.
- **Le barriere multidisciplinari ed équipe:** Analizzare quanto la mancata condivisione di visioni o la resistenza culturale da parte di altre figure mediche dell'area materno-infantile (ginecologi, pediatri, neonatologi) rappresenti tuttora

un limite per l'applicazione sistematica di questa e di altre pratiche assistenziali basate sulle evidenze.

Il tuo contributo

La tua esperienza sul campo è fondamentale. Rilevare se tu abbia mai applicato il Rebonding, quali benefici tangibili abbia riscontrato nelle donne e quali modalità formative ritieni prioritarie (protocolli, corsi ECM o formazione pratica) ci permetterà di raccogliere dati concreti. Questi risultati saranno utili per sottolineare l'importanza di una formazione specialistica strutturata e l'implementazione di linee guida uniformi sul nostro territorio.

Il questionario è completamente anonimo; le informazioni fornite saranno trattate nel pieno rispetto della normativa sulla privacy (Regolamento UE 2016/679-GDPR) e i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente per finalità accademiche nell'ambito di questa tesi di laurea.

La compilazione richiede circa 5 minuti e i dati raccolti saranno trattati esclusivamente a fini statistici e di ricerca scientifica. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, chiedo solo la massima sincerità e trasparenza nelle risposte.

Grazie per la preziosa collaborazione.

Dati sociodemografici

Le informazioni seguenti serviranno per andare ad inquadrare il campione dei partecipanti

Età

- 22-28
- 28-35
- 35-45
- 45-55
- Oltre i 55

In quale settore lavori?

- Dipendente Pubblico

- Dipendente Privato convenzionato
- Libero/Professionista

In quale Regione lavori?

- Marche
- Sicilia
- Sardegna
- Calabria
- Basilicata
- Puglia
- Campania
- Molise
- Abruzzo
- Umbria
- Lazio
- Emilia-Romagna
- Toscana
- Veneto
- Lombardia
- Piemonte
- Valle d'Aosta
- Trentino Alto-Adige
- Liguria
- Friuli-Venezia Giulia

Se sei delle marche, in quale ospedale lavori?

In quale reparto lavori?

- Ostetrica di Sala Parto
- Ostetrica del Nido
- Ostetrica di Reparto
- Ostetrica Consultoriale
- Ostetrica della TIN
- Ostetrica in Cliniche Privato

Conoscenze del tema

Questa seconda parte si focalizza sulla conoscenza del campione riguardo il tema della ricerca

Hai mai sentito parlare del "REBONDING"?

- Si, ne ho sentito parlare
- No, non so di cosa si tratta

Se "Si, ne ho sentito parlare" dove hai appreso le informazioni?

- Formazione universitaria (Base/Master)
- Esperienza lavorativa
- Social media
- Articoli e libri/ cultura personale
- Corsi ECM
- Passaparola tra colleghi

Come definiresti il "REBONDING"? (domanda aperta)

Secondo te il "REBONDING" nella pratica ostetrica è importante?

- Si, secondo me è fondamentale per andare a costruire un attaccamento sicuro in futuro
- Abbastanza, ma non lo reputo fondamentale da applicare per un benessere materno-neonatale futuro
- No, il REBONDING non va a influire nell'attaccamento materno-neonatale
- Non saprei, non ho esperienza/informazioni sufficienti per poter esprimere un giudizio
- Altro (risposta aperta)

Quali sono, secondo te, gli obiettivi principali del "REBONDING"? (risposta multipla)

- Ridurre lo stress materno e neonatale dopo un parto difficile o un cesareo
- Recuperare il bonding mancato
- Favorire l'allattamento al seno
- Ricreare l'unità madre-neonato dopo un parto difficile o un cesareo
- Favorire un attaccamento stabile in caso di baby blues

- Restituire al neonato un senso di sicurezza
- Tutti questi obiettivi rispecchiano in maniera eguale il significato che io do al REBONDING
- Altro (risposta aperta)

In che contesti reputi importante applicare la pratica del "REBONDING"?

- Parto distocico
- Cesareo in urgenza/emergenza
- Cesareo elettivo
- Parto prematuro
- Separazione precoce alla nascita
- Difficoltà nell'allattamento
- Depressione post-partum
- Altro (domanda aperta)

Quali strumenti conosci per favorire il REBONDING?

- Contatto pelle a pelle tardivo
- Interventi di counseling ostetrico
- Rooming-in guidato
- Rebirth Bath
- Esercizi di rilassamento materni
- Avvio all'allattamento
- Riconoscere i segni del proprio neonato
- Altro (specificare)

Applicabilità nel contesto lavorativo

Questa terza parte si concentra sulla realtà ospedaliera e privata italiana riguardo l'applicabilità delle pratiche del REBONDING

Hai mai applicato la pratica del "REBONDING" nel tuo contesto lavorativo?

Nel tuo contesto lavorativo si applica la pratica del "REBONDING"?

- Si, si applica in ogni contesto possibile

- Si, si cerca di applicare tutte le volte che si può in relazione agli ostacoli che intercorrono
- Non si applica spesso
- Non è mai stato applicato per cause esterne alle nostre possibilità
- Altro (domanda aperta)

Secondo te quali ostacoli intercorrono per l'applicazione della pratica del "REBONDING" nell'ambito lavorativo?

- Mancanza di personale
- Mancanza di personale adeguatamente istruito sulla pratica
- Mancanza di conoscenze e formazione specifica
- Tempi di lavoro limitati
- Scarsa richiesta da parte dei genitori
- Ostacoli medici (ginecologi e pediatri)
- Mancanza di spazi adeguati (vasche, privacy)
- Altro (domanda aperta)

Secondo te è importante che i professionisti che lavorano in area materno/infantile abbiano una adeguata formazione sul "REBONDING"?

- Si, secondo me è importante che qualsiasi professionista debba essere formati per applicare al meglio questa pratica
- Si, ma dipende molto dalla volontà di ogni singolo operatore e dalla conoscenza che ogni operatore ha di questa pratica
- No, secondo me è uno studio troppo recente e non ci sono molte basi scientifiche per poter avere un'adeguata formazione
- Altro (domanda aperta)

Hai notato benefici tangibili nelle donne/coppie a cui è stato proposto? Se sì, quali?

Secondo te nei CAN (Corsi di Accompagnamento alla Nascita) si dovrebbe parlare di un eventuale BONDING invece?

- Si, perché…
- No, perché…

Area personale

L'ultima parte va a focalizzarsi su pareri e esperienze personali del campione preso in analisi

Ti piacerebbe ricevere formazione specifica sul "REBONDING"?

- Si
- No, purtroppo non è applicabile nel mio contesto lavorativo
- No, non sono interessato
- Altro (domanda aperta)

Quale modalità secondo te è più utile per la formazione

- Corsi ECM teorici
- Linee guida e protocolli
- Formazione pratica
- Supervisione clinica
- Materie specifiche nel corso di laurea

Hai dei consigli o osservazioni su questo tema? (domanda aperta)

BIBLIOGRAFIA

Anderson G.C., M. E. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Bergam, N. (2014). Proposal for mechanisms underlying th brain-sparing effect of kangaroo mother care.

Charpak N, T. R. (2017). Follow-up ventennale dell'assistenza madre-canguro rispetto all'assistenza tradizionale. . *Pediatrics*.

Como, E. (s.d.). Le competenze del bambino. *Donna&Donna*, 8-11.

Cong. S., W. R. (2021). Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. In *Maternal & child nutrition.*

E., C. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotios, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 313-314.

h. (7). *n.*

Ministero della Salute. (s.d.). Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato., (p. 12-16, 21-23).

Moberg K.U., H. L. (2020). Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effect during skin-to-skin contact.

Palermo, U. d. (2022). Teoria dell'attaccamento (Bowlby/Robertson) applicata alla Neonatologia: Le risposte comportamentali del neonato al trauma da separazione.

Pizzi, C. (s.d.). Il bonding dopo i parti difficili. *Donna&Donna*, 26-29.

PX, K. (2018). Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement.

Schmid, V. (s.d.). Le competenze del bambino. *Donna&Donna*, 39-43.

Shonkoff, G. (2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Heath, Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. In *The lifelong effects of early childhood adversity and toxis stress.*

SIN-SIGO-SIMP. (s.d.). Profilassi della Ophthalmia neonatorum: Raccomandazioni sulla procedura della profilassi della Ophthalmia neonatorum in Italia., (p. 1-8).

Società Italiana di Neonatologia. (s.d.). European Standards of Care for Newborn Health., (p. 335-340).

UNICEF Italia & OMS. (2020). Insieme per l'Allattamento: Guida all'attuazione degli Standard UNICEF/OMS per la Protezione, Promozione e Sostegno

dell'Allattamento nelle Strutture Sanitarie (Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini - BFHI). ., (p. 38-41). Roma.

UniPD. (s.d.). Il cesareo dolce: una proposta operativa nella realtà dell'Ospedale San BOrtolo di Vicenza.

Uvnas-Moberg, K. (s.d.). Oxytocin: The Biological Guide.

WHO. (2022). Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience., (p. 64-68).

WHO. (2023). Global position paper "Kangaroo mother care: A trasformative innovation in health care"., (p. 13-16).

WHO. (s.d.). Nurturing Care for Early Chilhood Development., (p. 9).

Widstrom AM., B. K. (2019). Skin to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatric.

Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. Universities Press.

SITOGRAFIA

“Baby Wellness Fondation” consultato il 09/09/2026
https://babywellnessfoundation.org/news-approfondimenti/ritrovare-il-legame-il-rebonding-come-seconda-finestra-affettiva-nei-primi-mesi-di-vita/

“Le cure che nutrono (Nurturing Care). La promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita”
https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/Presentazione%202.2.pdf
A. Moschetti, M.L. Tortorella, Pediatri di famiglia, ACO Puglia e Basilicata: Quaderni acp 2007; 14(6): 254-260 “Ossitocina e attaccamento”
https://www.dors.it/documentazione/testo/200906/moschetti%20ossitocina.pdf

A.Masala, S.Alagna: Caleidoscopio Italiano “Prolattina Aspetti di fisiopatologia e clinica” (pp. 5-18). Consultato il 04/04/2026 http://www.medicalsystems.it/wp-content/uploads/2015/10/4_CAL.pdf
Associazione “CENTRO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA FUNZIONALE” Istituto S.I.F. di Padova. Consultato il 27/03/2026
[1]https://www.psicoterapiafunzionale.it/2012/03/relazione-mamma-neonato-attraverso-il-tocco/

Associazione “CENTRO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA FUNZIONALE” Istituto S.I.F. di Padova. Consultato il 27/03/2026
[1]https://www.psicoterapiafunzionale.it/2012/03/relazione-mamma-neonato-attraverso-il-tocco/

Associazione “Nascere Bene”. Citato il 03/04/2026
https://nascerebene.ch/documenti/la-fisiologia-in-dettaglio/

Associazione “Nascere Bene”. Consultato il 05/04/2026
Beck C. T. (2016). Posttraumatic Stress Disorder After Birth: A Metaphor Analysis. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, *41*(2), 76–E6.
https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000211
Bonding and Birth. The Work of Marshall and Phyllis Klaus. Consultato il 03/04/2026
https://www.bondingandbirth.org/marshall-and-phyllis-klaus.html

Bonding and Birth. The Work of Marshall and Phyllis Klaus. Consultato il 03/04/2026 https://www.bondingandbirth.org/marshall-and-phyllis-klaus.html

Dewey K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of nutrition*, *131*(11), 3012S–5S. (Abstract) https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012S

Dewey K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of nutrition*, *131*(11), 3012S–5S. (Abstract) https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3012S

Dott. A. Giustardi: Rivista italiana ‘la care in perinatologia’ vol.5 num.1° gennaio 2012 www.careinperinatologia.it

Dott. Samuele Russo: Psicologia Pediatrica Consultato il 20/04/2026 https://www.psicologiapediatrica.it/padri-presenti-bambini-sicuri-limportanza-del-ruolo-paterno-nellattaccamento-prenatale/

European Cooperation in Science & Technology: “New guidelines for peripartum depression” Consultato il 30/04/2026https://www.cost.eu/riseup-guidelines-peripartum-depression/

Field T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1–6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Gunnar, M. R., & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1-2), 199–220. https://doi.org/10.1016/s0306-4530(01)00045-2

https://nascerebene.ch/documenti/la-fisiologia-in-dettaglio/

Istituto Superiore di Sanità “Alimentazione complementare infantile: la linea guida OMS per la fascia di età 6-23 mesi” Consultato il 17/08/2026 https://www.epicentro.iss.it/allattamento/alimentazione-complementare-infantile-linea-guida-oms-2023

Kangaroo mother care: due nuovi documenti OMS. Consultato il 21/09/2026 https://www.epicentro.iss.it/materno/kangaroo-mother-care-2023

Kristensen, I. H., Juul, S., & Kronborg, H. (2020). What are the effects of supporting early parenting by newborn behavioral observations (NBO)? A cluster randomised trial. *BMC psychology*, *8*(1), 107. Consultato il 23/09/2026 https://doi.org/10.1186/s40359-020-00467-5

Lee J. (2024). Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clinical and experimental pediatrics*, *67*(4), 171–177. https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367

McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, *82*(4), 737–755. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001

NJ. Bergman, B. Westrup, P. Kuhn, N. Bertoncelli, S. Caballero, K. Konig: European Standards of Care for Newborn Health "Cure per lo sviluppo centrate sul bambino e sulla famiglia". Consultato il 08/04/2026 https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2021/07/Final-8.10-Family-Infant-CDC-Very_early_and_continuous_skin-to-skin_contact-ITA.pdf

Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù". Consultato il 08/04/2026 https://www.ospedalebambinogesu.it/allattamento-materno-80501/

Porges S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116–143. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009

Rapporto OCSE (OECD) "*Starting Strong*, *International Early Learning and Child Well-being Study (IELS)*" Consultato il 16/08/2026 https://www.oecd.org/en/publications/2026/05/building-strong-foundations-for-life_94626d20.html

Rivista "Archimetra #9" della SEAO edizioni: "Una prospettiva fisiofemminista sull'incontro tra madre e bambino alla nascita". Consultato il 03/04/2026 https://seaoflorence.it/una-prospettiva-fisiofemminista-sullincontro-tra-madre-e-bambino-alla-nascita/

Rivista "Archimetra #9" della SEAO edizioni: "Una prospettiva fisiofemminista sull'incontro tra madre e bambino alla nascita". Consultato il 03/04/2026 https://seaoflorence.it/una-prospettiva-fisiofemminista-sullincontro-tra-madre-e-bambino-alla-nascita/

Ruth Feldman: “The Neurobiology of Human Attachments” Consultato il 11/09/2026 https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/biobehavioral-synchrony

Sarah Buckley: “Hormonal Physiology of Childbearing Report” Consultato il 21/09/2026 https://sarahbuckley.com/hormonal-physiology-of-childbearing-report/

Schaal, B., Hummel, T., & Soussignan, R. (2004). Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clinics in perinatology*, *31*(2), 261–vii. (Abstract) https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.003

Società Italiana di Neonatologia (SIN), “Rooming-in 2.0: le nuove frontiere del percorso nascita” Consultato il 22/09/2026 https://www.sin-neonatologia.it/rooming-in-2-0-le-nuove-frontiere-del-percorso-nascit/

State of Mind di inTHERAPY. Consultato il 27/03/2026 https://www.stateofmind.it/2017/07/john-bowlby-attaccamento/

State of Mind di inTHERAPY. Consultato il 27/03/2026 https://www.stateofmind.it/2017/07/john-bowlby-attaccamento/

Verein freier Hebammen, “Hebammenzentrum” Consultato il 09/09/2026 https://dein-wunderwerk.de/hebammenleistungen/hebammenleistungen-im-1-lebensjahr

Verein freier Hebammen, “Hebammenzentrum” Consultato il 22/09/2026 https://www.hebammenzentrum.at/das-babyheilbad

Yonemoto, N., Nagai, S., & Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. Consultato il 23/09/2026 https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub4

Linee guida e letteratura sulla Salute Mentale Perinatale e P-PTSD (Disturbo da Stress Post-Traumatico Perinatale). Consultato il 11/09/2026 https://www.cost.eu/riseup-guidelines-peripartum-depression/