

parent.



**LAVORARE  
CON IL PERSONALE  
SANITARIO  
PER COINVOLGERE  
I PADRI**

Esperienza del progetto  
PARENT

17 Marzo 2022



Il progetto PARENT è co-finanziato dal Programma REC della Commissione Europea con Grant Agreement n. 810458. Il contenuto del presente materiale riflette unicamente la visione degli autori, unici responsabili dello stesso, e la Commissione non risponde dell'utilizzo delle informazioni ivi contenute.





# LAVORARE CON IL PERSONALE SANITARIO PER COINVOLGERE I PADRI

Esperienza del progetto PARENT



Il progetto PARENT è co-finanziato dal Programma REC della Commissione Europea con Grant Agreement n. 810458. Il contenuto del presente materiale riflette unicamente la visione degli autori, unici responsabili dello stesso, e la Commissione non risponde dell'utilizzo delle informazioni ivi contenute.



## **Lavorare con il personale sanitario per coinvolgere i padri. Esperienza del progetto PARENT.**

A cura di Annina Lubbock, Andrea Santoro, Angela Giusti, Francesca Zambri, Paola Scardetta, Giovanna Bestetti, Alessandro Volta, Giorgio Tamburlini.

2022, iv, 38 p.

Questo documento è tratto dal Capitolo 1 del Manuale Europeo del progetto PARENT “Promotion, Awareness Raising and Engagement of men in Burture Transformations” (<https://parent.ces.uc.pt/resource/parent-european-manual/>). È stato redatto da Annina Lubbock del coordinamento per l’Italia del progetto EU-PARENT, e si basa sulle esperienze e riflessioni collettive dei componenti del gruppo di lavoro per la formazione di PARENT-Italia, che lo hanno rivisto e integrato. Il gruppo di lavoro è composto da: Andrea Santoro (Cerchio degli Uomini di Torino, coordinatore di PARENT per l’Italia); Angela Giusti, Francesca Zambri, Paola Scardetta (ISS, Istituto Superiore di Sanità, Roma); Giovanna Bestetti (Associazione IRIS, Intervento e Ricerca Salute, Milano); Alessandro Volta (AUSL Reggio-Emilia). Il testo è stato rivisto da Giorgio Tamburlini (Centro per la Salute del Bambino) in qualità di peer reviewer.

Citare questo documento come segue:

Lubbock A, Santoro A, Giusti A, Zambri F, Scardetta P, Bestetti G, Volta A, Tamburlini G. (Ed.). *Lavorare con il personale sanitario per coinvolgere i padri. Esperienza del progetto PARENT*. Roma; 17 marzo 2022.

# Indice

1. Introduzione.....	1
1.1 Razionale .....	1
1.2 Principi guida.....	1
Il contesto normativo sulla salute e l'ECD (Early Child Development, sviluppo adeguato nella prima infanzia) .....	1
La tutela dell'autonomia delle donne .....	1
Ottenere il sostegno delle madri è la chiave per poter impegnare i padri.....	1
PARENT - obiettivi e principi .....	2
Un approccio che 'transversalizza' (mainstreaming) l'attenzione al ruolo del padre, ma riconosce la specificità del suo ruolo .....	2
L'attenzione alle coppie omogenitoriali e l'uso di un linguaggio 'neutro' .....	3
2. Perché è importante lavorare con il personale sanitario? .....	4
2.1 Le evidenze scientifiche .....	4
2.2 Cambiano le aspettative dei padri e delle coppie.....	6
3. Il contesto sociale e normativo può facilitare o ostacolare la partecipazione del padre.....	8
3.1 La cultura prevalente riguardo ai ruoli di genere nella genitorialità .....	8
3.2 Le politiche di welfare, compreso il congedo di paternità .....	8
3.3 La cultura organizzativa dei servizi e dei sistemi sanitari .....	9
3.4 La medicalizzazione del parto limita l'impegno dei padri.....	10
3.5 ...e durante il COVID-19 le cose sono peggiorate .....	10
3.6 Coinvolgere i medici non è sempre facile .....	12
4. Organizzare la formazione .....	15
4.1 Progettare la formazione - chi coinvolgere.....	15
4.2 Partecipazione obbligatoria vs partecipazione volontaria: puntare alla sostenibilità e all'impatto.....	15
4.3 Formazione in-service vs pre-service.....	16
4.4 Organizzazione in presenza e online: focus geografico e non .....	16
4.6 Progettazione e pianificazione dei corsi - l'utilità dei focus group preliminari .....	18
...coinvolgendo anche le mamme .....	18
4.7 I crediti formativi.....	19
5. Contenuti e metodi .....	20
5.1 Motivare i professionisti .....	20
5.2 Decostruire gli stereotipi.....	21
Le coppie omogenitoriali .....	22
'Modellare' la parità.....	23
Evitare stereotipi sui padri migranti .....	23

5.3 Tutelare la relazione con il/la partner anche in situazioni difficili .....	24
...a esempio durante la pandemia COVID-19.....	24
...e quando ci sono complicazioni .....	24
5.4 Affrontare la questione della violenza domestica .....	24
Bibliografia .....	26
Linkografia.....	37
Riferimenti normativi sulla violenza di genere .....	38



# 1. Introduzione

## 1.1 Razionale

Questo documento attinge all'esperienza e alle lezioni apprese dal progetto UE PARENT realizzato in Portogallo, Italia, Austria e Lituania fra il 2019 e il 2021 (<https://parent.ces.uc.pt/>). Una delle componenti principali di PARENT è stata la formazione di professionisti (principalmente operatori sanitari, ma anche educatori 0-6) su come coinvolgere i padri, soprattutto nei primi mille giorni, con l'obiettivo di promuovere fra i padri attitudini e pratiche di "nurturing care" e quindi di 'mascolinità accudenti', contribuendo così allo sviluppo equilibrato -fisico, emotivo e cognitivo- del bambino e prevenendo l'esposizione del bambino all'abbandono e alla violenza domestica.

Il progetto PARENT ha realizzato percorsi di formazione e attività di comunicazione volti a portare una 'prospettiva paterna' negli atteggiamenti e le pratiche degli operatori sociali, educativi e sanitari che entrano in contatto con i genitori, dalla gravidanza ai primi anni del bambino (all'incirca i 'primi mille giorni'), proseguendo con la formazione di gruppi di padri e futuri padri come spazi di condivisione e co-apprendimento.

## 1.2 Principi guida

**Il contesto normativo sulla salute e l'ECD (Early Child Development, sviluppo adeguato nella prima infanzia)**

Il contesto normativo all'interno del quale sono stati progettati nei vari paesi i corsi PARENT per gli operatori sanitari è conforme alle linee guida internazionali (WHO e UNICEF) su gravidanza, nascita e sviluppo della prima infanzia (WHO/Nurturing care) e, ove esistenti, con le normative e/o linee guide nazionali.

**La tutela dell'autonomia delle donne**

In termini di approccio alla formazione degli operatori sanitari, è fondamentale riconoscere il principio dell'autonomia della madre nelle decisioni riguardanti il proprio corpo, quindi tutto ciò che incide sulla sua fisiologia e la sua salute fisica oltre che mentale. Ciò ha implicazioni per le pratiche dei servizi sanitari e del personale, ma anche per il partner, il cui diritto a esserci è riconosciuto, ma il cui coinvolgimento deve essere collaborativo, rispettoso e non invadente.

**Ottenere il sostegno delle madri è la chiave per poter impegnare i padri**

L'esperienza di progetti che promuovono la paternità attiva (o 'impegnata', 'engaged') in tutto il mondo, nonché di professionisti e padri, indica che l'atteggiamento che hanno le madri rispetto al coinvolgimento dei padri è fondamentale per determinare se, quanto e come tale partecipazione avvenga effettivamente, a partire dalla gravidanza.

## Riquadro 1 - Rispettare la autonomia della donna

I percorsi sanitari più ‘umanizzanti’, più attenti ai bisogni delle persone, oltre che agli aspetti clinici, riconoscono il diritto delle donne a decisioni e scelte autonome in merito alla fisiologia della gravidanza, del parto e dell’allattamento, in quanto processi che hanno a che fare con il loro corpo. Nei nostri corsi di formazione sono emersi alcuni atteggiamenti e storie di resistenza delle donne al coinvolgimento dei padri nella misura in cui potrebbe limitare la loro autonomia e portare gli uomini a “intromettersi” e a fare “mansplaining” in aspetti che riguardano la fisiologia femminile e dove la scelta delle donne deve essere preminente e rispettata (Kruske, 2013). Vi è, tuttavia, un’altra ragione che spiega tali resistenze (o comunque il mancato o debole incoraggiamento da parte delle madri rispetto alla partecipazione del partner) che riguarda il desiderio delle madri di “mantenere il controllo” anche su dimensioni non fisiologiche della genitorialità che sono state tradizionalmente considerate (dalle donne, dagli uomini e dalla società nel suo insieme) come spazio/dominio di pertinenza principalmente femminile. I servizi e gli operatori sanitari possono contribuire con i loro atteggiamenti e le loro pratiche a questa emarginazione culturale dei padri. Come ha detto un padre in un focus group, “Ti rendi conto di essere stato ‘codificato’ come una persona che non fa parte dello ‘spazio della cura’; o di avere la sensazione che la cura dei piccoli ‘non è roba per noi uomini’”. Potrebbe non esserci una piena accettazione all’interno della coppia del principio e della pratica della cura condivisa (e quindi anche della condivisione delle decisioni) con la tendenza a considerare il padre come un coadiuvante, un “aiutante” (dunque un ‘mammo’). Questo atteggiamento è demotivante per i padri e può effettivamente contribuire ad allontanarli dalla genitorialità attiva e dalle loro responsabilità, e può creare tensioni all’interno della coppia. Pertanto, è necessario che il personale con cui la coppia viene a contatto sappia trasmettere alle madri il senso dell’importanza del coinvolgimento attivo e paritetico dei padri/partner.

## PARENT - obiettivi e principi

Le attività di formazione svolte nell’ambito del progetto sono state informate dall’approccio integrato di PARENT al tema della paternità attiva (engaged fatherhood) vista come importante per ragioni diverse e complementari:

- a) *la salute e il benessere della madre e del bambino*: il coinvolgimento precoce dei padri (dalla gravidanza) è fondamentale per il sano sviluppo psico-sociale e anche fisico del bambino, nonché per migliori esiti nel percorso nascita
- b) *il benessere dell’uomo/del padre*: il coinvolgimento dei padri è necessario per rispondere al crescente desiderio espresso dai padri di essere coinvolti fin dall’inizio
- c) *la parità di genere*: la paternità attiva è necessaria perché la cura deve essere condivisa per alleviare il carico di lavoro e di responsabilità delle donne, e quindi per l’uguaglianza di genere
- d) *la prevenzione (primaria) della violenza domestica*, promuovendo, attraverso l’esercizio della paternità attiva e non-violenta, le ‘mascolinità accudenti’.

Un approccio che ‘transversalizza’ (mainstreaming) l’attenzione al ruolo del padre, ma riconosce la specificità del suo ruolo

L’obiettivo di ‘integrare la prospettiva del padre’ nel lavoro dei servizi e dei professionisti, e promuovere la co-genitorialità, dovrebbe sempre essere combinato con un approccio incentrato sul padre che responsabilizzi gli uomini come padri, con un ruolo specifico, ma anche complementare in relazione a quello delle madri.

## L'attenzione alle coppie omogenitoriali e l'uso di un linguaggio 'neutro'

I messaggi e i contenuti dei corsi PARENT che riguardano i padri possono essere riferiti anche al partner dello stesso sesso. Tuttavia, le attività di PARENT (e quindi anche la formazione) si sono concentrate specificamente sugli uomini come padri:

- a) perché la prevenzione della violenza di genere (per lo più perpetrata da uomini) attraverso la promozione di "mascolinità accudenti" è stato il meta-obiettivo dell'intero progetto PARENT
- b) perché gli stereotipi di genere relativi a ruoli genitoriali/di accudimento assunti da donne e uomini hanno storicamente determinato l'esclusione o l'emarginazione degli uomini come padri dai processi legati alla gravidanza, alla nascita e alla cura, visti come spazi esclusivamente o prevalentemente femminili. Uno degli obiettivi di PARENT è stato proprio quello di decostruire questi stereotipi.

Per questi stessi motivi, ci riferiamo preferibilmente a "madri e padri" piuttosto che utilizzare il termine generico "genitori" (parents), termine ora largamente usato nelle linee-guida internazionali sulla cura e l'educazione nell'infanzia, poiché per default tende ancora a essere genericamente inteso come riferito principalmente alle madri.

## 2. Perché è importante lavorare con il personale sanitario?

### 2.1 Le evidenze scientifiche

Le ragioni per coinvolgere gli uomini come padri il prima possibile -a partire dalla gravidanza- sono molteplici, e che gli operatori sanitari abbiano un ruolo chiave nel promuovere questo impegno è dimostrato da quello che è ormai un ampio corpus di evidenze scientifiche (vedi Bibliografia e Riquadri 2 e 3).

Avere un padre/partner informato, solidale e coinvolto in anticipo, fin dalla gravidanza:

- si traduce in migliori risultati di salute ed esperienza di nascita per la madre e il bambino; un'esperienza di gravidanza e parto meno stressante e più gratificante per la madre
- incoraggia il legame padre-figlio (bonding) precoce, che a sua volta ha effetti duraturi e positivi sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino soprattutto nei critici Primi Mille giorni, con esiti positivi negli anni successivi, e dall'adolescenza all'età adulta
- permette a questo padre di sentirsi rilevante e utile, e non escluso da un processo che per ragioni fisiologiche mette al centro la madre.

Questo impegno positivo aiuta ad alleviare le tensioni e migliora la qualità della relazione di coppia; riduce anche il carico di cure e responsabilità (il "carico mentale") sulle madri (Redshaw et al., 2013; Lee et al., 2018; Suto et al., 2016).

#### **Riquadro 2 - Le evidenze della ricerca**

##### **A) Gravidanza, parto e post-partum**

Esistono ormai ampie evidenze scientifiche che attestano che il coinvolgimento precoce (fin dalla gravidanza) dei padri è associato a un miglioramento dello sviluppo cognitivo e socio-emotivo dei bambini (Redshaw e Henderson, 2013), nonché a una assistenza prenatale, al parto e post-partum più efficaci; una migliore capacità di affrontare le eventuali complicazioni; una migliore alimentazione materna (Tokhi et al., 2018). Il supporto del partner durante la gravidanza può anche incoraggiare comportamenti e stili di vita materni più sani, ad esempio riguardo al fumo, (Lu M et al., 2010, cit in Redshaw, 2013). Il "supporto emotivo individualizzato" fornito da un partner durante la gravidanza e il parto è di particolare importanza (Karlstrom et al., 2015), così come il ruolo dei padri nelle complesse decisioni di assistenza durante la gravidanza. Dopo il parto i padri hanno un ruolo sostanziale nel plasmare il futuro dell'unità familiare incoraggiando l'allattamento al seno e creando un ambiente favorevole alla maternità (Kotan et al., 2007).

Un maggiore impegno paterno è associato positivamente con il contatto precoce (prima della 12<sup>a</sup> settimana di gravidanza) con il personale sanitario, al numero di controlli prenatali, alla partecipazione ai corsi prenatali e l'efficacia dell'allattamento al seno. Se la coppia riceve un supporto professionale continuo fin dalla gravidanza aumentano le probabilità che l'uomo assuma un ruolo attivo sentendosi valorizzato, il che conduce a sua volta a una maggiore soddisfazione e coinvolgimento del padre nella cura dei bambini nella prima infanzia (Bäckström et al., 2011; Hildingsson et al., 2011, Redshaw & Henderson, 2013). I padri hanno bisogno di sentire di svolgere un ruolo utile nella gravidanza e al momento della nascita; di partecipare alle relative decisioni; di essere ascoltati e presi sul serio. Il coinvolgimento dei padri nelle settimane postnatali è strettamente correlato al loro precedente coinvolgimento durante la gravidanza e alla nascita (Persson et al., 2012).

Laddove il coinvolgimento postnatale del padre è stato più elevato, le donne riferiscono di una salute fisica e psicologica complessiva significativamente migliore dopo la nascita (Redshaw e Henderson, 2013).

I corsi/incontri di accompagnamento alla nascita che portano attenzione anche ai bisogni degli uomini, incoraggiandone la partecipazione, ma anche organizzando delle sessioni per soli padri, sono utili in termini di riduzione dell'ansia, aumento della capacità dei padri di affrontare lo stress e miglioramento della relazione con il partner (Greenhalgh et al., 2000; Redshaw & Henderson, 2013), un maggiore coinvolgimento nella cura, migliore salute mentale e maggiore supporto al partner (Lee et al., 2018). Un'efficace educazione del partner durante la gravidanza può prevenire problemi di salute mentale postnatale e quindi sostenere i futuri padri nella loro transizione alla genitorialità. (Suto et al., 2016). Al contrario, l'esperienza meno positiva del parto per i padri è associata con sintomi depressivi più frequenti a sei settimane dal parto (Redshaw & Henderson, 2013).

Gli studi hanno dimostrato che avere un "compagno di travaglio" (o compagna) che garantisca una "assistenza continuativa" sia durante il travaglio che il parto migliora gli esiti sia per la mamma che per il bambino. Questo compagno (o questa compagna) non solo fornisce supporto emotivo, ma può anche dare conforto fisico e 'prendere la parte' della compagna, rappresentarla, contribuendo così a ridurre il rischio che venga trascurata e maltrattata durante travaglio e parto (WHO, 2020; Hodnett et al., 2012; Borhen et al., 2015). Le donne attribuiscono un valore elevato alla presenza e al sostegno del (della) partner durante il travaglio, il che porta a una riduzione dell'ansia, minore dolore percepito, maggiore soddisfazione per l'esperienza del parto, tassi più bassi di depressione postnatale e migliori esiti per il bambino (Dellman, 2004 cited in Fatherhood Institute, 2014; Redshaw & Henderson, 2013). Il livello di partecipazione dei padri in questa fase è correlato con il livello di auto-motivazione ottenuta partecipando agli incontri di accompagnamento alla nascita e alle conversazioni con gli amici prima della nascita (Persson et al., 2012).

L'inclusione di padri/partner a sostegno dell'allattamento al seno migliora l'avvio, la durata e i tassi di esclusività dell'allattamento al seno. Gli interventi per favorire l'allattamento che includono la comunicazione diretta con i singoli padri, fornendo informazioni su come il partner può essere di supporto, hanno maggiori probabilità di successo in termini di efficacia dell'allattamento (Dick-Abbas et al., 2019; Pisacane et al., 2005).

### **Riquadro 3 - Le evidenze scientifiche**

#### **B) Il ruolo dei padri/caregiver uomini nello sviluppo del bambino**

Le evidenze riportate in questo riquadro sono contenute nelle Literature reviews di Cabrera & Shannon, 2007; Sarkadi et al., 2008; Opondo et al., 2016, Rollé et al., 2019 e Henry et al., 2020; e per gli studi neuroscientifici in Abraham et al., 2014.

Esiste ormai un corpus ampio e crescente di evidenze scientifiche (supportate da molteplici rassegne della letteratura scientifica sul tema che si sono succedute almeno negli ultimi due decenni) sul ruolo specifico dei padri/caregiver uomini nello sviluppo equilibrato del bambino.

È stato riscontrato che il coinvolgimento dei padri ha un impatto positivo sugli esiti sociali, comportamentali, psicologici e cognitivi per il bambino traducendosi in: più elevati livelli di competenza cognitiva e sociale; maggiore capacità di empatia; migliore autoregolazione e autostima; migliori interazioni con i fratelli; e migliori progressi scolastici.

La ricerca indica che i padri svolgono un ruolo distinto (in quanto diverso da quello delle madri) nella socializzazione dei bambini. I padri che modellano comportamenti positivi quali accessibilità, impegno e responsabilità contribuiscono a: migliore adattamento psicosociale; migliore competenza e maturità sociale; relazioni più positive bambino/adolescente-padre (Rollé et al., 2019; Henry et al., 2020).

Il coinvolgimento attivo e regolare del padre nella relazione con il bambino produce una serie di esiti positivi nel tempo. Il coinvolgimento del padre sembra ridurre la frequenza di problemi comportamentali nei ragazzi maschi e di problemi psicologici nelle ragazze, e migliora lo sviluppo cognitivo, riducendo al contempo i fenomeni di bullismo e delinquenza e riducendo lo svantaggio economico nelle famiglie di basso status socio-economico.

Al contrario, relazioni e comportamenti paterni negativi tra padre e figlio possono avere un effetto negativo nel lungo periodo sulla autoregolazione e le relazioni sociali di un bambino, con conseguenti minori competenze relazionali in età adulta.

Gli aspetti psicologici ed emotivi del coinvolgimento paterno nella cura e l'educazione dei piccoli, in particolare il modo in cui i nuovi padri si percepiscono come genitori e si adattano al ruolo, piuttosto che la quantità di coinvolgimento diretto nella cura dei bambini, sono associati a esiti comportamentali positivi nei bambini.

I neuroscienziati (in particolare Ruth Feldman e Eyal Abraham) hanno studiato l'effetto sul cervello dei padri delle esperienze di accudimento dei bambini. Il cervello, l'ossitocina e le modalità del 'parenting' sono stati misurati in madri che erano le caregiver principali, padri caregiver secondari, e in padri e genitori omosessuali che crescono bambini senza il coinvolgimento delle madri. Negli ultimi due decenni, la ricerca sull'ossitocina umana ha mostrato gli effetti di questo ormone in tutti gli aspetti della socialità umana, tra cui empatia, collaborazione sociale, teoria della mente e amore romantico. È stato riscontrato che i padri hanno livelli di ossitocina basali simili a quelli delle madri, e sia nelle madri che nei padri coinvolti i livelli di ossitocina sono più alti rispetto agli individui che non hanno avuto un bambino di recente. Ciò indica che i padri sono biologicamente preparati a prendersi cura dei bambini, come lo sono le madri.

## 2.2 Cambiano le aspettative dei padri e delle coppie

In misura crescente in Italia come nel resto di Europa, i padri sono ora più presenti in diversi momenti del percorso nascita (gravidanza, parto e assistenza postnatale) perché desiderano esserci e, sempre più, perché le loro partner lo richiedono. Il modo in cui gli operatori sanitari interagiscono in momenti diversi con le coppie, i padri in particolare, ha un grande impatto sulla portata, la qualità e la continuità di questo coinvolgimento (Redshaw & Henderson, 2013).

### **Riquadro 4 - 'Vogliamo esserci'**

#### **La partecipazione crescente dei padri nel percorso-nascita**

Come ci dicono le statistiche e l'esperienza di tutti i giorni, è diventato usuale che i padri/partner accompagnino le mamme alle visite e i controlli in gravidanza, le ecografie e altri esami clinici, e che partecipino, quanto meno occasionalmente, ai corsi/incontri di accompagnamento alla nascita. In Europa (e anche in Italia) è ormai pratica comune che la donna possa avere al suo fianco la persona di sua scelta, quanto meno al momento del parto (se non anche in travaglio e nel post-parto).

Va notato che, mentre la presenza dei padri al parto è elevata per i parti vaginali, non è pratica comune per i tagli cesarei, e vale la pena notare che il numero di cesarei in Italia (pari al 32,3% nel 2018 con una marcata variabilità per luogo del parto - pubblico o privato - e per Regione (<https://www.epicentro.iss.it/materno/dati-cesap-2018>)) è ben al di sopra del 10-15% considerato normale dal WHO nella maggior parte dei paesi dell'UE. La frequenza e le modalità di partecipazione dei padri al percorso nascita è influenzata dalle norme socio-culturali prevalenti. Tende a verificarsi più frequentemente nelle coppie urbane di classe media e meglio istruite. Dipende anche dalla cultura organizzativa dei servizi interessati e del rispettivo personale. Questo può variare considerevolmente da un'istituzione all'altra, specialmente nei paesi in cui la gestione dei servizi sanitari è decentrata alle autorità regionali. Alcuni servizi sanitari possono essere più sensibili di altri al coinvolgimento dei padri (questo è stato molto evidente durante il COVID 19 in Italia, ad esempio, dove alcune autorità regionali hanno compiuto sforzi maggiori di altri per coinvolgere i padri).

Nella maggior parte dei paesi europei non è pratica comune per i servizi sanitari (e i medici) promuovere attivamente la partecipazione dei padri (l'atteggiamento prevalente tende a essere: "se vengono, bene, ma dipende da loro") tranne quando i servizi hanno una forte attenzione alla promozione della 'buona nascita' come esperienza positiva che rispetta l'autonomia decisionale della donna e promuove le relazioni e il *bonding* madre-padre-bambino alla nascita. I punti nascita/reparti maternità che cercano di creare condizioni naturali e umane per il parto e offrono alle donne scelte nel modo e nelle posizioni in cui partoriscono creano un ambiente in cui anche i partner possono essere più attivi e disponibili (Spandrio et al., 2014). Questi servizi si adoperano anche per consentire alla nuova triade genitori-figlio di trascorrere del tempo 'privato' insieme nelle prime due ore dopo la nascita, e possono anche incoraggiare il padre a praticare il contatto pelle-a-pelle con il bambino.

Prima e dopo la nascita, la partecipazione dei padri può essere limitata dai loro orari di lavoro (ad es. CAN/IAN che si svolgono in orari in cui i padri lavorano) e dalla scarsa flessibilità dei servizi pubblici nell'organizzare consultazioni e lezioni in orari adeguati a consentire la partecipazione della coppia.

L'importanza di permettere alla coppia genitoriale di stare insieme nei momenti-chiave della nascita è stata messa in evidenza dalla sofferenza e dalla delusione provocate dalla separazione delle gestanti dai loro partner in quei momenti critici durante la pandemia del COVID19 (Riquadro 6).

Tutto ciò premesso, è evidente che il personale sanitario (medico e altre figure) con cui le madri e le coppie entrano in contatto durante il ciclo gravidanza-parto-puerperio (e oltre, nei primi mille giorni) hanno un ruolo essenziale da svolgere in termini di pratiche e atteggiamenti che possono includere, attivare e riconoscere la specificità e la rilevanza dei padri/partner; o invece emarginarli, facendoli sentire irrilevanti o secondari, o più un disturbo che un aiuto (come riportato da molti padri in varie indagini e anche nei focus group realizzati in fase di progettazione formativa nell'ambito del progetto PARENT) (Suto et al., 2016; Redshaw & Henderson, 2013). Il modo in cui questi professionisti agiscono, interagiscono, comunicano - in modo più o meno inclusivo rispetto ai padri - ha un impatto significativo sul modo in cui madri e padri vivono la gravidanza-parto-puerperio e manda un messaggio sulla cultura dell'istituzione a cui appartengono (Kruske et al., 2013; Persson et al., 2012; Verneulen et al., 2019).

### 3. Il contesto sociale e normativo può facilitare o ostacolare la partecipazione del padre

#### 3.1 La cultura prevalente riguardo ai ruoli di genere nella genitorialità

Nella maggior parte dei paesi europei, i padri sono sempre più coinvolti nella genitorialità fin dalla gravidanza, e stanno assumendo sempre più funzioni nella cura e nel lavoro domestico, soprattutto laddove esistono disposizioni progressive in materia di congedo di paternità e congedo parentale condiviso. Tuttavia, non è un processo di cambiamento generalizzato e omogeneo (né fra i diversi paesi europei, né all'interno di uno stesso paese), e tende a essere più evidente nelle coppie più istruite, benestanti, più giovani e urbane (e nelle coppie in cui entrambi lavorano). In tutti i paesi, in misura maggiore o minore, la cura dei piccolissimi è in gran parte un compito femminile; lo stereotipo padre/breadwinner (principale responsabile del sostentamento economico) e madre/caregiver (responsabile principale della cura) resta diffuso (anche se in declinazioni diverse) quando lavorano anche le donne. Nella maggior parte dei paesi europei, l'occupazione delle donne rimane inferiore, più precaria e a tempo più parziale rispetto a quella degli uomini; quindi il lavoro delle donne è *de visu e de facto* "accessorio" a quello degli uomini, che restano i principali 'portatori di reddito'. Un altro costrutto che persiste è che l'accudimento di un neonato e di un bambino molto piccolo sarebbe principalmente una responsabilità femminile/della madre, nonostante la crescente evidenza scientifica del ruolo critico svolto dal secondo genitore care-giver fin dalla nascita (Riquadro 2). Tale convinzione informa (in Italia, ma non solo) le scelte politiche in materia di welfare e in materia di servizi socio-educativi 0-6 (ad esempio, in Lituania non esistono servizi/asili nido per il periodo 0-2, ma esistono generose disposizioni sul congedo parentale, utilizzate principalmente dalle donne). Un'altra convinzione è che quando il bambino è molto piccolo dovrebbe essere accudito in famiglia (il che generalmente significa dalla madre) piuttosto che in un servizio 0-3/nido, la cui disponibilità rimane bassa in molti paesi dell'UE (e in modo particolare in Italia dove il tasso di copertura nel 2020 era del 25%). Lo "spazio della cura" rimane (nelle politiche di welfare e nell'immaginario) uno spazio in gran parte femminilizzato dal quale i padri si sentono o sono di fatto esclusi (un fatto che a volte può essere utilizzato anche dai padri come giustificazione per l'autoesclusione); o uno spazio al quale sono ammessi alle condizioni poste dalle donne/madri (a questo si riferisce il termine 'gatekeeping' usato per descrivere la situazione in cui la mamma fa da 'guardiana' dello spazio genitoriale determinando lei le regole e le modalità con il padre vi può entrare (Basile, 2021).

Nella migliore delle ipotesi, il padre può essere visto come un accessorio, come un 'aiutante' della madre. In Italia, il termine 'mammo' (che vorrebbe essere bonario, ma è squalificante per l'uomo) è largamente usato per descrivere un uomo che svolge un'attività di cura che è considerata tipicamente femminile. Nelle formazioni PARENT è stato importante stimolare i partecipanti a riflettere su tali stereotipi, poiché influenzano la loro comunicazione e il loro rapporto con madri e padri.

#### 3.2 Le politiche di welfare, compreso il congedo di paternità

Il grado di partecipazione dei padri dalla nascita è fortemente correlato con le disposizioni legislative nazionali in materia di congedo di paternità o congedo parentale condiviso (oltre che con l'offerta di servizi per la prima infanzia). E questo non solo perché consente ai padri (non tutti perché in alcuni paesi - come l'Italia - si applica solo a specifiche categorie di lavoratori del settore privato) di

prendersi dei giorni di permesso per stare con la madre e il bambino subito dopo la nascita, ma anche perché l'esistenza e la portata di tali disposizioni manda un messaggio culturale significativo, ovvero che quel tempo è importante, sia per la famiglia che per la società nel suo insieme. I quattro paesi coinvolti in PARENT hanno disposizioni diverse, che vanno dal periodo più corto in Italia (10 giorni e solo per i dipendenti del settore privato), a tre settimane in Portogallo e un mese in Lituania e Austria. Alcuni paesi dell'UE, come la Lituania, offrono congedi parentali generosi che hanno l'effetto però di incoraggiare le madri a rimanere a casa per i primi due anni, e questo incide negativamente sul loro successivo accesso al mercato del lavoro e le loro capacità di guadagno. Allo stesso modo, varia anche l'uso da parte dei padri e delle madri delle disposizioni relative alla conciliazione lavoro-vita-famiglia (WLFB) sul lavoro: nella maggior parte dei paesi è utilizzato principalmente dalle madri, una disuguaglianza di genere che influisce negativamente sul loro stato lavorativo e sulle prospettive di carriera. L'offerta inadeguata di strutture educative della CE (0-3) (in Lituania non ce ne sono prima del completamento del secondo anno) influisce anche sulla condizione occupazionale delle donne e sulla persistenza dello stereotipo del capofamiglia/caregiver.

### 3.3 La cultura organizzativa dei servizi e dei sistemi sanitari

Come discusso in precedenza (Riquadro 4), la presenza dei padri nei momenti-chiave del percorso di assistenza alla nascita è in aumento in tutta l'UE. Affinché questa possa essere un'esperienza positiva per i genitori, e affinché il padre/partner possa effettivamente svolgere un ruolo utile e di supporto, è necessario che venga coinvolto e informato in anticipo. Lo stesso è necessario per consentirgli di essere solidale e di prendersi cura sia della mamma che di suo figlio durante il puerperio, compreso sapere come sostenere l'allattamento al seno e come stabilire una buona relazione con il figlio. Gli atteggiamenti e le pratiche dei singoli professionisti e il modo in cui sono organizzati i servizi possono favorire o impedire il raggiungimento di questi obiettivi.

#### **Riquadro 5 - Esperienze di coppie/padri con i servizi sanitari**

Le coppie riferiscono di esperienze sia positive che negative in termini di coinvolgimento del padre da parte dei servizi e del personale della salute. Quando l'esperienza è positiva, dicono 'siamo stati fortunati', ovvero non la si riconosce come risultato di una politica/prassi consolidata e normale in quella particolare istituzione o ASL. Questo è un riflesso di notevoli differenze nella pratica anche tra ospedali/ambulatori in una stessa area geografica, malgrado l'esistenza di eventuali linee guida nazionali o regionali. Come aspetto negativo, i padri a volte osservano che la comunicazione degli operatori sanitari era diretta sola alla madre e/o alla madre e il bambino, lasciandoli con la sensazione che "questa cosa non li riguarda". Come ha detto un padre, "Ti rendi conto di essere stato 'codificato' come una persona che non fa parte dello 'spazio di cura'".

Le visite, soprattutto nei servizi pubblici, possono essere molto limitate come durata, e quindi con poco tempo in generale per un dialogo che includa i padri e non sia centrato esclusivamente sugli aspetti clinici, e sulla sola mamma. Le coppie riferiscono di avere un'esperienza migliore e più rilassata nelle visite private, più lunghe di quelle nel pubblico.

Quando il parto avviene in un ambiente altamente medicalizzato che segue protocolli clinici che consentono alle donne poca scelta riguardo a come partorire, è difficile coinvolgere i padri in un ruolo attivo/utile piuttosto che - nel migliore dei casi - semplicemente ammetterli come spettatori.

L'attivismo dei movimenti femminili per l'autonomia delle donne nelle scelte di nascita e per un percorso di assistenza al parto umanizzato dovrebbe essere sostenuto anche dagli uomini, poiché riguarda direttamente la probabilità e la qualità della loro partecipazione al processo, la loro capacità di essere di reale sostegno alla loro partner, e di godere di momenti di intimità che favoriscano il legame padre-figlio e l'instaurazione della triade relazionale genitore-figlio. Non sorprende che nel numero limitato di casi (circa l'1% in Europa, come affermato da Phelan & O'Connel (2015) in cui la coppia ha optato per un parto in casa, i padri hanno svolto un ruolo importante in questa decisione.

### 3.4 La medicalizzazione del parto limita l'impegno dei padri

La progressiva medicalizzazione del parto, anche in caso di gravidanze a basso rischio e la convinzione ormai consolidata che l'ospedale sia il luogo migliore per far nascere un bambino limitano le scelte di nascita delle donne, rendono il coinvolgimento attivo dei padri e l'intimità genitore-figlio dopo la nascita più difficile. La tendenza in tutta Europa è che la nascita avvenga in grandi unità che hanno una maggiore propensione agli interventi nel travaglio e tassi più bassi di nascite spontanee (Phelan & O'Connel, 2015). I centri nascita (generalmente gestiti da ostetriche) offrono una buona alternativa per le gravidanze a basso rischio, sia indipendenti che all'interno di un ospedale per la maternità.

L'eccessiva medicalizzazione, che implica il ricorso da parte dei medici ostetrici a esami e pratiche mediche non necessari, è in gran parte motivata dal desiderio di evitare il rischio di denunce per 'malasanità', cioè dall'esercizio della 'medicina difensiva' (Catino, 2011). Questo comportamento crea un ambiente in cui la nascita non è un'esperienza positiva/naturale per la madre, il partner o il neonato. La gravidanza e il parto, che sono fenomeni naturali, "...sono guidati dallo sviluppo della medicina difensiva in una società avversa al rischio. Ciò influenza il modo in cui sia gli operatori sanitari che le donne percepiscono la medicalizzazione e sta influenzando i cambiamenti nelle pratiche cliniche relative al parto" (Prosen & Krajnc, 2013; Regalia & Colombo, 2018).

La conoscenza e l'applicazione (nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali) delle linee guida del WHO e dell'UNICEF su gravidanza, parto e puerperio non sono diffuse né nella UE né nei quattro paesi interessati.

### 3.5 ...e durante il COVID-19 le cose sono peggiorate

Durante la pandemia, la reazione iniziale quando il virus ha colpito e i meccanismi di infezione non erano ancora ben conosciuti è stata quella di tenere lontani i padri/partner/le persone che accompagnano la madre durante il parto, e in altri momenti del percorso nascita. Con il progredire delle conoscenze e la pubblicazione di nuove linee guida da parte del WHO e delle autorità sanitarie nazionali o regionali, alcuni servizi hanno compiuto sforzi per garantire che i genitori potessero stare insieme, anche attraverso innovazioni organizzative (se ne è parlato al webinar organizzato dall'ISS in collaborazione con il progetto PARENT a giugno del 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-45-2020.pdf>).

Purtroppo, i servizi/le istituzioni che erano già poco inclini alla umanizzazione delle nascite a basso rischio e alla inclusione dei padri/partner hanno spesso utilizzato la pandemia come giustificazione per limitare ulteriormente la partecipazione dei padri, e questa situazione potrebbe persistere oltre la fine della pandemia. La sensazione generale - confermata da studi in diversi Paesi (Benaglia & Canzini, 2021) - è che la pandemia abbia provocato una battuta d'arresto in termini di coinvolgimento dei padri, a riprova del fatto che il diritto della donna di essere accompagnata

durante il parto e il diritto dei genitori a stare insieme al loro bambino negli istanti successivi alla nascita non era un diritto consolidato e riconosciuto, vista la facilità con cui venivano capovolti. La crisi COVID ha rivelato l'ampiezza e la persistenza del processo di medicalizzazione della nascita influenzato dal "principio di separazione", tipico del modello tecnocratico di medicina (Benaglia & Canzini, 2021). C'è stata una tendenza a regredire alle vecchie pratiche e, nonostante i progressi verso approcci meno restrittivi e più umanistici e la rivalutazione dell'assistenza da parte delle ostetriche, il modello medicalizzato ispira ancora la gestione delle nascite negli ospedali. La pandemia ha anche portato alla luce divisioni e problemi di assenza di potere contrattuale all'interno della professione dell'ostetrica. Allo stesso tempo, ha mostrato l'importanza della pressione sociale da parte delle organizzazioni di attiviste/i per i diritti delle donne e dei genitori, come nel caso seguente.

### **Riquadro 6 COVID 19 - La regressione dei diritti delle donne e dei genitori: un caso di studio a Bologna, Italia<sup>1</sup>**

Nel loro articolo "Avrebbero fermato le nascite, se solo avessero potuto". Impatti a breve e lungo termine della pandemia di COVID-19: uno studio del caso da Bologna, Italia", Brenda Benaglia e Daniela Canzini raccontano come l'Associazione Voci di Nascita, attiva nella promozione del diritto alla nascita, ha promosso e coordinato con successo una partecipazione attiva della cittadinanza che ha generato pressioni sulle ASL di Bologna e sulla Regione per allentare le restrizioni in materia di accompagnamento alla nascita. L'articolo riporta anche un sondaggio condotto con genitori e ostetriche sulla loro esperienza durante il COVID. Il 22% delle madri intervistate ha dichiarato di non aver potuto avere accanto il proprio partner durante il parto (n.d.r.: tenendo conto del fatto che i servizi a Bologna sono in generale più avanzati e 'progressisti' è probabile che la media nazionale dei casi in cui il padre è stato escluso sia più alto).

Le ostetriche intervistate sono state esplicite nel denunciare i rischi legati al fatto di lasciare le madri sole e privarle di un'assistenza personalizzata durante travaglio e parto, che richiede presenza, empatia e stretto contatto.

*"Limitare l'accesso alla sala parto ai papà o a un accompagnatore è stato lesivo dei diritti della mamma, del neonato e del papà. Ha sicuramente nuociuto sui delicati processi della nascita a vari livelli, aumentando ansie e paure nelle mamme in gravidanza, alterando le dinamiche e i tempi del travaglio e il parto, esponendo la mamma a un carico emotivo e psicologico eccessivo nel post-partum, creando un terreno fertile per delle ripercussioni emotive e psicologiche per la madre" (testimonianza di una ostetrica).*

Una madre ha detto che lei e il compagno alla fine hanno cambiato ospedale perché "era impossibile pensare" di partorire senza suo marito. Il partner di solito rimaneva fuori dai locali dell'ospedale, in attesa di essere chiamato dalla madre stessa o, più probabilmente, date le circostanze, dall'ostetrica di turno. Un padre ha detto che questa situazione lo faceva sentire "impotente". Alcuni padri hanno sottolineato in modo particolare l'impossibilità di realizzare l'intimità necessaria con la madre durante il parto perché hanno potuto esserle accanto solo nei momenti finali del parto.

I divieti ospedalieri colpiscono duramente le ostetriche e, in parte a causa della loro mancanza di potere e autorità nella gerarchia medica, la loro risposta è stata debole.

---

<sup>1</sup> Si ringraziano per l'attenta revisione del testo del Riquadro 6 le dott.sse Brenda Benaglia (Università di Bologna, Bologna) e Daniela Canzini (Voci di Nascita - Birth Community, Bologna).

Gli intervistati hanno testimoniato che non tutte le ostetriche erano in disaccordo con le misure più restrittive e che, a causa della propria paura e stanchezza, alcune pensavano effettivamente che fosse meglio escludere i partner dalla sala parto. Il fatto che non ci fossero i padri (o altri accompagnatori) è visto dalla maggioranza come più 'sicuro'.

Un'ostetrica ha riassunto i sentimenti della maggior parte degli intervistati: "Credo si sia aperto uno scenario molto triste: la poca importanza data al nascere come forma di relazione".

Nel momento in cui è stato originalmente scritto questo documento (giugno 2021), l'epidemia in Europa era in fase di rallentamento, ma erano ancora in vigore regole semi-restrittive. Non è ancora chiaro quanto tempo ci vorrà - e se sarà possibile - per tornare alla situazione pre-COVID in termini di coinvolgimento dei padri. C'è un evidente bisogno di nuove regole e protocolli che riconoscano i ruoli professionali e rafforzino i diritti delle donne e dei genitori intorno alla nascita.

### 3.6 Coinvolgere i medici non è sempre facile

I corsi di formazione per il personale sanitario gestiti dai partner di PARENT sono stati progettati per essere multiprofessionali, con un focus sul lavoro di équipe e sul coordinamento tra diversi professionisti coinvolti in diversi momenti del ciclo gravidanza-parto-puerperio. La categoria professionale più rappresentata era, ovviamente, quella delle ostetriche, mentre i medici erano pochi. Hanno partecipato relativamente più pediatri, rispetto ai medici ostetrici che tendono ad avere un focus più ristretto sui fattori clinici e di rischio legati alla gravidanza e al parto.

Una comprensione più precisa delle cause di tale partecipazione limitata richiederebbe uno studio specifico. Sulla base dell'esperienza di PARENT è possibile fare alcune ipotesi rispetto ai fattori che potrebbero incoraggiare oppure limitare la loro partecipazione. Sia in Italia che in Portogallo, laddove i medici sono stati comandati (o almeno invitati) a partecipare dalla direzione dei rispettivi servizi il numero è stato più elevato. Raccomandiamo pertanto che la frequenza al corso avvenga ove possibile per invito (tramite la dirigenza sanitaria) piuttosto che (esclusivamente) su base volontaria.

Inoltre, come nel caso di PARENT, almeno in Italia, la partecipazione dei medici a eventi/webinar più brevi (3-4 ore) organizzati in collaborazione con organizzazioni partner (nel caso dell'Italia, l'Istituto Superiore di Sanità e il Brazelton Touchpoints Centre) suggerisce che:

- visti i limiti di tempo di molti medici, gli eventi più brevi possono essere più facili da frequentare, anche se non forniscono crediti ECM
- presentare l'evento come un "convegno" può essere più attrattivo per i medici che chiamarlo "corso"
- gli eventi online sono percepiti come più flessibili (e le registrazioni sono generalmente disponibili)
- l'organizzazione dell'evento in collaborazione con enti 'prestigiosi', che hanno una immagine e un curriculum consolidati nell'ambito della comunità medica e scientifica (come la rete Brazelton Touchpoints e l'Istituto Superiore di Sanità) aiuta anche ad attrarre più medici
- i professionisti hanno maggiori probabilità di essere ricettivi ai messaggi sulla paternità attiva all'interno delle comunità professionali e scientifiche progressiste che sono già attive nella promozione della 'buona nascita' e il parto umanizzato, e della salute totale del bambino (una di queste organizzazioni in Italia, ad esempio, è la stimata Associazione Culturale di Pediatri, ACP).

In particolare, i due eventi più brevi hanno dovuto essere organizzati online a causa della pandemia, il che ha reso più facile la partecipazione. Dall'esperienza italiana emerge che i medici possono avere una preferenza per i moduli di apprendimento a distanza non interattivi, che possono inserire più facilmente nei loro programmi di lavoro.

Tuttavia, le cause alla base della scarsa motivazione tra i medici a partecipare sono più complesse e possono essere elencate qui solo come ipotesi che richiederebbero ulteriori studi. Le ipotesi che seguono si basano sulle esperienze del progetto PARENT nei quattro paesi partecipanti e sulla letteratura scientifica.

### **Riquadro 7 - Perché è più difficile raggiungere e coinvolgere il personale medico?**

*I vincoli di tempo* nell'ambito dei quali operano i medici, soprattutto nel settore pubblico, sono evidenti dalle lamentele delle coppie, e soprattutto dei padri, circa la mancanza di tempo durante le visite per il dialogo su aspetti non esclusivamente medici e una modalità di comunicazione che spesso non è inclusiva del padre. I medici hanno spesso un carico di pazienti elevato. In alcuni casi, è davvero difficile per i professionisti prendersi del tempo libero per frequentare un corso e il personale sostitutivo potrebbe non essere facile da trovare. In Italia, ad esempio, c'è una grave e crescente carenza di pediatri. Un grosso vincolo è anche dovuto al fatto che la maggior parte dei medici (ostetrici e pediatri) tende a coniugare l'attività pubblica e privata e non vuole o non può limitare quest'ultimo per frequentare un corso.

*La percezione della maggiore o minore rilevanza del tema rispetto al proprio lavoro.* Anche l'argomento (il coinvolgimento dei padri) potrebbe non essere percepito (in particolare dai medici ostetrici) come rilevante dato il tipo di formazione professionale che hanno ricevuto e il modo in cui percepiscono il loro ruolo, principalmente come quello di mantenere la madre e il bambino "al sicuro" e evitare i rischi (medicina difensiva). ("Se i padri vogliono venire, possono. Ma dobbiamo essere proprio noi a promuoverlo?", "Il nostro compito è dare cure mediche" sono frasi pronunciate da alcuni medici nei focus group). I pediatri, d'altra parte, vedono sempre più l'argomento come rilevante per il loro lavoro. Ed esiste ormai un corpo considerevole di evidenze scientifiche sullo sviluppo del bambino nei primi mille giorni (WHO/UNICEF Nurturing Care) che si concentra sul "bambino tutto intero" e sul contesto relazionale che include i caregiver, con il padre considerato uno dei caregiver primari.

*Cultura e formazione.* Sebbene negli anni ci siano stati dei progressi almeno in alcuni paesi, la formazione di base dei medici si concentra quasi interamente su questioni cliniche; l'attenzione alla persona nel suo insieme, agli aspetti socio-culturali, psicologici e comunicativi continua a essere significativamente assente (Joo, 2016). È come se la medicina fosse, in effetti, una scienza esatta. Più specificamente, il ruolo dei padri prima, durante e dopo la nascita "non è stata una considerazione chiave per i medici ostetrici" (Kothari et al., 2019). Fornire evidenze scientifiche sul motivo per cui l'impegno dei padri migliora la nascita e gli esiti di salute per il bambino e la madre è necessario, ma non sufficiente. Gli atteggiamenti devono cambiare, sono necessarie linee guida politiche che riflettano le migliori pratiche internazionali.

*Una organizzazione del lavoro su linee più gerarchiche che collaborative.* Anche in servizi dove si insiste formalmente sulla necessità del lavoro di équipe e della collaborazione inter-professionale, può succedere che nella realtà il lavoro venga influenzato dalle relazioni gerarchiche che esistono fra le diverse figure professionali. I rapporti di lavoro tra medici (principalmente uomini) e ostetriche/infermiere pediatriche (principalmente donne) possono essere influenzati da questioni di gerarchia e di potere. Peraltro, in ambito europeo, il grado di autonomia e il livello della figura professionale dell'ostetrica variano da un paese all'altro (Vermeulen et al., 2019) e, in Italia, persino da una regione all'altra. I corsi PARENT stati sono progettati per essere multiprofessionali partendo dal presupposto che il lavoro di équipe è quello che può assicurare la migliore esperienza di nascita possibile (Vermeulen et al., 2019). Questo principio non è sempre condiviso e alcuni medici possono sentirsi a disagio o non ritenere utile partecipare allo stesso corso con professionisti che considerano come figure di grado inferiore. E poiché la maggior parte dei professionisti non medici interessati a questo tipo di corso tendono a essere donne, per alcuni medici uomini prendere posto in un corso composto prevalentemente da donne, che richiede spesso un processo di autoriflessione, può aumentare il senso di disagio.

*Insufficiente considerazione per l'autonomia decisionale delle donne nel percorso nascita.* Come accennato in precedenza, nella determinare l'interesse dei medici a partecipare a questo tipo di corso possono entrare in gioco questioni di genere e di potere maschile, come manifestato anche dalla maggiore tendenza da parte dei medici, rispetto alle ostetriche, a sostituirsi (override) alla volontà espressa dalla donna su come partorire sulla base di considerazioni di 'rischio' e 'sicurezza' (Regalia & Colombo, 2018), le scelte delle donne su come partorire (Kruske, 2013), fino a mettere in atto la cosiddetta "violenza ostetrica", un argomento di cui è molto delicato parlare con i professionisti medici (Sadler et al., 2016). Ciò è evidente nella ben documentata resistenza (e non solo in Italia) di alcuni professionisti medici ad accettare i "piani del parto" presentati dalla madre/coppia ("Sono trent'anni che faccio questo lavoro e ora questa donna mi viene a dire come deve nascere il bambino!"). Chiaramente quella relativa alle modalità del parto è una decisione che deve essere negoziata, piuttosto che imposta dall'uno o dall'altro, e qui è importante che la coppia riceva le informazioni che consentiranno loro di negoziare insieme. Promuovere l'autonomia delle donne nella scelta di come partorire e il controllo sul proprio corpo diventa una questione politica che incide sui diritti e sull'autonomia delle donne, che a volte i medici uomini (ma non solo) possono avere difficoltà ad accettare.

## 4. Organizzare la formazione

### 4.1 Progettare la formazione - chi coinvolgere

Se si prevede di formare professionisti sanitari, la prima cosa da fare è “mappare” le figure con cui è probabile che la coppia interagisca nelle diverse fasi: gravidanza, parto, puerperio e cura della prima infanzia. Ciò porterà all’identificazione di molteplici professionisti tra cui medici ostetrici, pediatri, ostetriche, infermieri pediatrici, psicologi, consulenti familiari, tecnici dell’ecografia, ecc.

Un approccio multiprofessionale (e un team di formazione) è l’opzione migliore, perché sono coinvolti diversi professionisti e ci sono prove (Phelan & O’Connel, 2015; Karlström et al., 2015) che, se lavorano in gruppo (pratica collaborativa), condividendo approcci comuni e comunicando bene tra loro, i risultati sono migliori in termini di garanzia di un’esperienza di nascita positiva per la madre, il bambino e la coppia (Phelan & McConnel, 2015). Purtroppo manca il più delle volte la continuità assistenziale fra le diverse fasi del percorso nascita e quindi la coppia incontra operatori diversi, spesso non collegati fra di loro.

Al momento del parto tende a esserci una rottura della continuità assistenziale, che generalmente avviene in un ospedale di maternità, assistito da personale diverso. La mancanza di continuità nell’assistenza fra la gravidanza e il parto è una lamentela frequente delle coppie. Il desiderio di fare assistere il parto dallo stesso medico che ha seguito la donna durante la gravidanza può comportare tagli cesarei pianificati e parti indotti da ossitocina per la necessità di adattarsi al programma dei medici. Il livello di contatto e collaborazione istituzionalizzata tra il punto-nascita e i servizi territoriali varia considerevolmente.

### 4.2 Partecipazione obbligatoria vs partecipazione volontaria: puntare alla sostenibilità e all’impatto

Nell’ambito del progetto PARENT nei quattro paesi sono stati utilizzati metodi diversi per reclutare i partecipanti ai corsi (partecipazione volontaria oppure su indicazione/invito della dirigenza dei rispettivi servizi, o un mix dei due sistemi) e questo ci consente di valutare i pro e i contro delle diverse opzioni.

L’obiettivo delle attività formative di PARENT è stato quello di promuovere un cambiamento nel modus operandi e nella cultura organizzativa dei servizi sanitari, influenzando gli atteggiamenti e le pratiche di chi ci lavora riguardo al coinvolgimento dei padri. Concentrarsi su un’istituzione o un servizio specifico (azienda sanitaria locale, punto nascita, consultorio, rete pediatri di libera scelta), aumenta la probabilità di avere partecipanti che già lavorano in équipe o comunque hanno rapporti di collaborazione, il che consente loro di esercitare una maggiore influenza sulla istituzione/il servizio di appartenenza. L’importanza di disporre di una massa critica minima di “professionisti illuminati” che lavorano in équipe è diventata evidente durante la crisi COVID-19, in cui proprio gli sforzi congiunti di alcune di queste équipe, anche se piccole, unitamente alla disponibilità - o non-avversione - dei loro dirigenti, hanno consentito di mettere in atto modalità operative - anche innovative e fuori dagli schemi - per consentire la partecipazione effettiva del padre lungo il percorso nascita anche durante la pandemia.

La selezione dei partecipanti di specifici servizi potrebbe anche essere condizionata da quale sia l’ente che rilascia gli ECM.

Chiedere ai dirigenti sanitari di invitare determinati professionisti a partecipare può favorire una rappresentanza più equilibrata per categoria professionale e servizio in modo da coprire l'intero percorso nascita fin dalla gravidanza.

Una lezione appresa dall'utilizzo di questo formato (partecipazione su invito/comando dell'istituzione) è che, per aumentare le probabilità di impatto in termini di cambiamento organizzativo, è comunque importante che i manager vengano informati/sensibilizzati rispetto alla formazione, prima o dopo (subito dopo funziona meglio poiché si possono presentare i risultati della formazione).

Quando la partecipazione è volontaria, c'è una maggiore probabilità di coinvolgere professionisti già motivati. Gli inviti possono comunque essere incentrati su una particolare categoria, come ostetriche o infermiere ostetriche o personale docente, o su una particolare istituzione/servizio o area geografica, o gruppi di professionisti che più probabilmente adotteranno e replicheranno la formazione (come nel caso della rete dei pediatri aderenti all'ACP, gli operatori della rete Brazelton Touchpoints, etc.).

Idealmente, la formazione non dovrebbe essere un evento a sé stante, ma parte di un processo, che coinvolga più soggetti (non solo i partecipanti, ma anche supervisori e dirigenti) con l'obiettivo di influenzare il modus operandi delle istituzioni, ad esempio, non solo facendo sensibilizzazione e formazione, ma anche sviluppando linee-guida, attività di follow-up e di valutazione.

#### 4.3 Formazione in-service vs pre-service

I corsi di formazione realizzati da PARENT si sono concentrati principalmente sulla formazione in servizio, ambito in cui gli operatori sanitari possono accedere a corsi su una varietà di argomenti, mentre i corsi di base pre-servizio seguono curricula universitari standard che sono relativamente poco flessibili. Influenzare la formazione pre-servizio/di base può avere un impatto maggiore ed essere più sostenibile a lungo termine, ma può richiedere cambiamenti nei curricula formativi nazionali e la capacità di penetrare e influenzare le istituzioni universitarie e modificare tradizioni accademiche consolidate. Incidere sulla formazione di base andrebbe certamente assunto come obiettivo, ma richiede sforzi a lungo termine. Le scuole di formazione di ostetriche e infermieri possono essere relativamente più facili da influenzare rispetto ai corsi di laurea in medicina. I corsi organizzati da PARENT hanno incluso anche formatrici/tutor dei corsi di formazione di ostetriche e infermiere/i.

#### 4.4 Organizzazione in presenza e online: focus geografico e non

Durante la durata del progetto PARENT, a causa della pandemia di COVID-19, si è reso necessario sostituire i corsi in presenza con eventi online. Grazie alle nuove applicazioni web che si sono evolute rapidamente sotto lo stimolo della pandemia, anche con i corsi online - seppure generalmente di durata più breve (date le evidenze sulla durata massima dei corsi online al fine di mantenere attenzione e interesse) - è stato possibile ottenere anche nei corsi online un'efficace iterazione fra docenti e partecipanti, con l'uso di una varietà di metodi partecipativi (come indicato nella [Guida Metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie](#)). Per mantenere un alto livello di interazione è necessario che il numero dei partecipanti non superi le 25, massimo 30 persone.

Le modalità di formazione possibili sono le seguenti:

- a) formazione in presenza con modalità interattive e partecipative (e numero di partecipanti non superiore a 25, massimo 30 persone)
- b) formazione sincrona online utilizzando strumenti informatici per garantire l'interazione (come breakout room virtuali, lavoro su documenti condivisi, ecc.) (e numero di partecipanti non superiore a 25)
- c) webinar con interazione via Chat (senza limiti di partecipanti)
- d) moduli FAD interattivi asincroni per uso individuale con test (e feedback) (FAD ibrido)
- e) moduli FAD asincroni, non interattivi senza test (configurati come lezioni online).

I partner PARENT hanno utilizzato i metodi a), b) e c). L'opzione d) richiede un investimento importante in tempo e denaro per la progettazione. L'efficacia dell'opzione e) dipende dalla motivazione individuale.

Le innovazioni digitali hanno permesso di rendere le sessioni online abbastanza interattive, ma la formazione in presenza è più efficace: il successo della formazione dipende in gran parte dal cambiamento degli atteggiamenti e le motivazioni, e la formazione in presenza incoraggia il lavoro di gruppo collaborativo, crea le relazioni fra partecipanti che potranno continuare in futuro a fare rete, fattori molto efficaci nel promuovere un mutamento sostenuto di atteggiamenti e pratiche, e uno scambio di conoscenze ed esperienze. È probabile che dopo la pandemia diventi più frequente l'utilizzo di modalità ibride, parte online, parte in presenza.

Si è dimostrato utile (e possibile se almeno una percentuale significativa di partecipanti frequenta tutti i moduli) avere un intervallo di tempo tra i moduli per consentire l'autoriflessione e i "compiti a casa" (ad esempio, tenere diari che documentano le interazioni dei partecipanti con i genitori, in particolare padri, tra i moduli).

#### 4.5 L'opzione multiprofessionale, per formatori e partecipanti

PARENT ha optato per corsi multiprofessionali (e multidisciplinari) per i motivi indicati al paragrafo 4.1. Anche il team di formazione dovrebbe essere multiprofessionale e includere sempre professionisti della salute – medici e altro personale sanitario. Poiché l'approccio di PARENT alla paternità attiva è multiforme (paternità attiva per la salute e il benessere della madre e del bambino, il benessere degli uomini, l'uguaglianza di genere e la condivisione della cura, e la prevenzione della violenza domestica), la composizione del team di formazione dovrebbe riflettere questo approccio e includere sia uomini che donne. La presenza di formatori/facilitatori maschi con esperienza nel lavoro con uomini e padri, che possono trasmettere le loro esperienze e storie si sono dimostrati molto efficaci, soprattutto quando si lavora con professionisti che sono prevalentemente donne.

Il fatto che sia la composizione del team di formatori che del gruppo dei partecipanti sia multiprofessionale veicola il messaggio che il lavoro di équipe e un approccio multidisciplinare sono vantaggiosi per tutti. Siamo, tuttavia, consapevoli che un approccio multidisciplinare/multiprofessionale non è ancora una pratica corrente nei servizi e nella formazione di base degli operatori sanitari (in particolare dei medici); allo stesso modo, la struttura organizzativa gerarchica prevalente nei servizi sanitari, in particolare negli ospedali, non favorisce un vero lavoro di équipe in cui sia riconosciuto il valore e il contributo specifico di ogni singolo professionista, medico o non.

## 4.6 Progettazione e pianificazione dei corsi - l'utilità dei focus group preliminari

I focus group con i padri e con gli operatori sanitari condotti da PARENT nei quattro paesi si sono rivelati utili per la pianificazione dei curricula e l'esplorazione delle esperienze dei padri e dei genitori, e delle aspettative positive/negative riguardo al coinvolgimento dei padri, in particolare nel percorso nascita. Le interviste con i professionisti hanno portato alla luce gli atteggiamenti nei confronti del coinvolgimento dei padri e hanno aiutato a identificare modi per rendere la formazione pertinente alla loro pratica effettiva e portarli a comprendere come i padri più coinvolgenti possono rendere il loro lavoro più efficace e gratificante.

La formazione descritta nella [Guida Metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie](#) riflette tali esperienze. Tuttavia, date le differenze (in termini socio culturali e di organizzazione dei servizi) che esistono in diversi contesti geografici, può sempre essere utile condurre focus group e/o interviste non strutturate con operatori sanitari, ma anche con i padri durante la pianificazione. I focus group/interviste con i padri permettono di raccogliere testimonianze/storie da condividere con i partecipanti. Il mondo delle emozioni di uomini/padri può essere un terreno in gran parte inesplorato per molti professionisti, soprattutto donne, ed essere esposti a storie vere con le parole degli uomini può essere trasformativo in termini di atteggiamenti. Lo scenario ideale sarebbe quello di poter prevedere all'interno del corso un momento di confronto diretto fra i partecipanti e alcuni padri.

### ...coinvolgendo anche le mamme

I focus group dovrebbero includere in alcuni momenti anche le donne per tenere conto delle loro percezioni. Senza l'adesione convinta delle madri rispetto alla partecipazione effettiva (pratica ed emotiva) del padre nei diversi momenti del percorso nascita, se le madri non sono quindi convinte che il padre possa essere di reale aiuto per loro, e non un problema o un'intrusione, i padri saranno tutt'al più coinvolti come spettatori e possibilmente solo al momento della nascita. Indubbiamente, gli atteggiamenti e le pratiche del personale sanitario (e quindi i loro sforzi per coinvolgere nella pratica il padre e rivolgersi anche a lui) possono favorire o scoraggiare tale partecipazione; tuttavia, poco si può fare se la richiesta non viene anche dalle madri. In generale, comunque, le madri desiderano avere accanto i loro partner durante il travaglio e il parto. È stata dimostrata l'importanza del "supporto emotivo individualizzato" per la madre durante la gravidanza e il parto, anche perché dà più sicurezza alle donne anche nel rapporto con l'istituzione e il personale, e aumenta la possibilità di un'esperienza di nascita positiva (Karlström et al., 2015; WHO, 2018).

### **Riquadro 8 - Le storie dei padri nei focus-group PARENT**

Diversi padri hanno riferito di essere presenti alle visite e alle analisi durante la gravidanza e ai bilanci di salute dopo la nascita; di aver partecipato ad alcune sessioni dei CAN/IAN, ma di avere avuto spesso la sensazione nell'interazione con il personale e i servizi che "quella cosa non riguarda noi", o di sentirsi "esclusi", "ignorati", "invisibili", di "non avere uno spazio". Alcuni si sono lamentati di non aver ricevuto abbastanza informazioni, in generale e nello specifico su quello che potevano fare loro, o che quindi quanto veniva detto non teneva conto del loro ruolo specifico come partner. Alcuni hanno affermato di non essere stati in grado di frequentare i CAN/IAN a causa degli orari e hanno sentito il bisogno di un po' di tempo e spazio solo per gli uomini. Alcuni hanno detto di non sentirsi 'utili' alla nascita, hanno parlato di atteggiamenti negativi dei medici ("era come se non ci fossi"), di non aver potuto tenere in braccio il neonato, o di non poter fare il contatto pelle-a-pelle con il bambino.

In positivo, invece, molti hanno detto di essere rimasti contenti dell'atteggiamento e della competenza del personale, di essersi sentiti presi in considerazione, e anche importanti e utili. Hanno apprezzato il fatto di essere interpellati direttamente dagli operatori, quando è stato chiesto il loro parere, di aver ricevuto spiegazioni chiare e sensibili durante le ecografie, di essere stati correttamente informati delle ragioni della loro esclusione al momento del parto, quando si è resa necessaria. Alcuni hanno espresso particolare apprezzamento per la "professionalità" e la "delicatezza" del personale, in particolare delle ostetriche; di aver avuto l'opportunità di trascorrere del tempo privato e di qualità con il proprio bambino dopo la nascita e di sperimentare il contatto pelle-a-pelle (sull'importanza del contatto pelle-a-pelle padre figlio, vedi Erlandsson et al., 2007).

Tali differenze nell'esperienza e nelle percezioni dei padri rispetto al comportamento del personale nei loro confronti sono il riflesso delle notevoli variazioni nella pratica e nella filosofia organizzativa dei servizi in diversi contesti e zone geografiche, all'interno di uno stesso paese. È interessante notare che quando l'esperienza è positiva, i padri/i genitori tendono ad attribuirla alla "fortuna", al caso, piuttosto che al fatto che potrebbe effettivamente essere una politica/prassi normale di quella particolare istituzione.

Assai spesso, i padri riferiscono anche di essere preoccupati di non riuscire a provvedere economicamente alla famiglia che cresce, e della tensione tra il loro ruolo percepito come principale 'breadwinner', responsabile del mantenimento economico della famiglia, e al tempo stesso il desiderio di trascorrere del tempo di qualità con il loro bambino (Lewis & Lamb, 2007; Redshaw & Henderson, 2013). Altro tema, emerso in particolare con i papà italiani, l'inadeguatezza del congedo parentale nonché le difficoltà di avvalersi delle misure di conciliazione famiglia-lavoro per le resistenze da parte dei datori di lavoro e gli atteggiamenti dei colleghi.

#### 4.7 I crediti formativi

Nella maggior parte dei paesi europei sono in vigore sistemi di crediti di Educazione Continua in Medicina (ECM) per il personale sanitario. Questo è generalmente il caso quando il numero di ore è superiore a un minimo stabilito (come, ad esempio, un evento di mezza giornata per il quale può essere sufficiente un attestato di frequenza per garantire la partecipazione). Il rilascio dei crediti può essere un prerequisito per garantire la regolare frequenza da parte di professionisti che si vorrebbe partecipassero, date le limitazioni di tempo o altri vincoli, e il fatto che il corso venga organizzato durante l'orario di lavoro. Ai fini dell'accreditamento, ci sono generalmente requisiti minimi che devono essere rispettati e l'équipe dei formatori dovrà includere i professionisti sanitari (vedi sopra 4.5). In fase di progettazione della formazione, occorre ricordarsi di tenere conto del costo dei crediti e dell'ente erogatore degli stessi, qualora non siano rilasciati direttamente dall'ente (Azienda Sanitaria o Ente Locale) con il quale si sta organizzando il corso.

## 5. Contenuti e metodi

La [Guida Metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie](#) descrive nel dettaglio contenuti e metodologie formative. Ci si limita qui ad accennare ad alcune questioni qualificanti per le formazioni PARENT.

### 5.1 Motivare i professionisti

I partecipanti possono aver aderito perché ‘comandati’ dai loro datori di lavoro o volontariamente per motivi di interesse. Qualunque sia la ragione, affinché il cambiamento di atteggiamenti e pratiche diventi efficace, il tema del rispetto dei bisogni e dei desideri delle coppie, e in particolare dei padri, deve essere percepito non solo come la “cosa giusta da fare”, ma anche come rilevante per loro e per il loro lavoro come professionisti. Hanno bisogno di vedere e convincersi che farlo è per loro un valore aggiunto.

La formazione dei professionisti sulla paternità attiva deve fondarsi su obiettivi più facilmente percepibili e di loro interesse, per i quali l’approccio PARENT si è dimostrato efficace, poiché affronta la paternità impegnata da prospettive diverse (ma complementari):

- a) *sviluppo del bambino e salute materno-infantile*: impegno precoce dei padri (dalla gravidanza) come fondamentale per il sano sviluppo psicosociale e anche fisico del bambino, nonché per la salute fisica e mentale della madre
- b) *beneficio/opportunità per i padri*: il coinvolgimento dei padri è necessario per rispondere al desiderio crescente e riconosciuto dei padri di essere coinvolti fin dall’inizio
- c) *parità di genere*: la paternità attiva è necessaria perché la cura deve essere condivisa, per alleviare il peso del lavoro non retribuito delle donne e per la parità di genere.

I partecipanti ai corsi PARENT sono stati informati che il meta-obiettivo del progetto *era prevenire la violenza domestica* attraverso la promozione di mascolinità accudenti. Tuttavia, il nesso tra la paternità impegnata e la prevenzione della violenza non è né intuitivo né ampiamente riconosciuto.

I formatori dovrebbero presentare le evidenze disponibili, ad es. ricerca sui livelli ridotti di testosterone e aumento dell’ossitocina quando i padri praticano il “comportamento premuroso” (Abraham & Feldman, 2017; Gettler, 2011) e sul legame precoce padre-figlio; ed evidenze sul nesso tra mascolinità e paternità accudenti e riduzione della violenza (Barker et al., 2011; Wilson et al., 2020; Scambor et al., 2014). Ci sono poi evidenze/testimonianze che il maggior coinvolgimento emotivo e pratico nella cura sviluppa nell’uomo capacità di empatia, maggiore responsività rispetto ai bisogni dell’altro, contatto con le proprie emozioni (Volta et al., 2006; Pellai et al., 2009), tutti elementi che migliorano le relazioni a livello di coppia ed è anche dimostrato che quando le coppie che condividono di più la cura si dividono la separazione è meno conflittuale (Barbagli & Saraceno, 1998).

*Il coinvolgimento dei padri per lo sviluppo del bambino e la salute materno-infantile* può rivelarsi l’argomento più immediato e comprensibile per gli operatori sanitari. L’evidenza di come l’impegno dei padri fin dalla gravidanza porti a esiti migliori nel percorso nascita, a una migliore salute (fisica e mentale) della madre e del bambino, allo sviluppo equilibrato del bambino (dal punto di vista fisico, cognitivo, affettivo e sociale) è ormai sostanziale, sebbene la conoscenza di tali evidenze non sia ancora generalizzata tra gli operatori sanitari, o inclusa nella formazione di base (Riquadri 2 e 3).

### Riquadro 9 - Perché sono fondamentali i primi mille giorni

Nel periodo tra la gravidanza e il secondo anno (i primi mille giorni) si realizza il maggiore sviluppo neurologico di tutta la vita; in questo periodo è massima la plasticità cerebrale e si realizza l'80% della sinaptogenesi; i meccanismi epigenetici che si attivano in questi mesi sono in grado di modificare le traiettorie congenite dello sviluppo (WHO, Nurturing Care, 2017). Molteplici scoperte delle neuroscienze e della psicologia perinatale mostrano che le interazioni responsive fra caregiver e bambino rappresentano un fondamentale determinante di salute globale, con effetti a lungo termine ben oltre l'età evolutiva. A partire dai primi mesi, il tempo di qualità con un bambino - tra cui le azioni di sorridere, toccare, parlare, raccontare storie, ascoltare musica, condividere e leggere libri e giocare - attiva connessioni neurali che modulano e indirizzano il neurosviluppo (WHO, 2017; Tamburlini & Volta, 2021).

## 5.2 Decostruire gli stereotipi

È necessario affrontare/smantellare gli stereotipi su uomini e padri (e pratiche istituzionali che 'invisibilizzano' i padri) e sensibilizzare il personale - prevalentemente composto da donne - sulla paternità come costruito sociale e anche sul mondo delle emozioni maschili e sui vincoli culturali e pratici.

La formazione si propone di agire sul cambiamento di atteggiamenti e percezioni. Laddove è possibile svolgere la formazione in presenza, è utile disporre di poster alle pareti con immagini di "paternità attiva" per "attivare pensieri e sentimenti" e "contestualizzare" l'argomento di cui si discute. Anche mostrare video e raccontare storie di padri alla nascita dei loro figli è molto efficace nell'influenzare gli atteggiamenti.

### Riquadro 10 - Il potere trasformativo del diventare padre

*'Un groppo in gola', intervista raccolta da Giovanna Bestetti, Associazione IRIS, team di formazione PARENT*

Laureato, intellettuale, sinceramente impegnato, saldi principi, famiglia medio borghese, due sorelle e un fratello. Padre artigiano di successo, intransigente, esigente, violento. "Io vi faccio studiare, vi faccio laureare e voi non capite i nostri sacrifici ...".

41 anni primo figlio. Durante la gravidanza della moglie sentimenti ambivalenti, felicità, paura, inadeguatezza, desiderio, distacco ...

*"È stato un attimo. È successo qualcosa di travolgente dentro di me quando ho visto nascere mio figlio. Proprio nel momento in cui è nato e negli attimi successivi ... Fino a quel momento io avevo fatto tutto, tutto il mio meglio per esserci, per sostenere mia moglie, per non sembrare distaccato ... ma in realtà i miei sentimenti erano confusi. C'era sempre qualcosa che mi distraeva, Simona se ne accorgeva e me lo faceva notare. Io negavo o mi giustificavo. In realtà mi sembrava che forse mi stesse chiedendo troppo, che avevo anche il diritto di avere paura di diventare padre tutto sommato, visto il padre che avevo avuto io.*

*E poi è successo. È nato Thomas.*

*L'ho visto e ho sentito un groppo in gola fortissimo. Una tenaglia. E poi tutto il resto.*

*Il tocco sottile, morbido delle mani dell'ostetrica. Le sue mani sì.*

*Non lo hanno preso, lo hanno accolto.*

*Poi lo ha asciugato così delicatamente e lo ha porto a Simona che lo ha toccato come l'essere più prezioso del mondo.*

*Erano tutte e due attente, lente, delicate.*

*E Thomas, così piccolo, ha smesso di piangere.*

*La pelle, la sua pelle così fragile e delicata ... lui era al sicuro, ha smesso di piangere.*

*È stato un attimo. Dal groppo in gola si è rotta una diga. Ho cominciato a piangere, non riuscivo a fermarmi, sempre più forte, così forte che non sono riuscito a rimanere nella stanza. Sono uscito nel corridoio.*

*Non era solo il pianto di commozione di un padre, io piangevo perché quelle mani attente che toccavano il mio bambino, avevano toccato anche me, il bambino che ero stato io, avevano messo al sicuro lui ma anche me, avevano spazzato via tutte le botte, le botte, le botte che avevo preso io. Una liberazione, uno sgancio dal passato, il cuore che mi si scioglieva, la fine dei dubbi, la certezza finalmente, davvero la certezza che io a Thomas non gli avrei mai fatto del male.”*

Con le donne partecipanti (che sono state di fatto la maggioranza in tutti gli eventi di formazione PARENT), la conoscenza/la comprensione del “mondo delle emozioni dei padri” non è scontata, e gli stereotipi non sono affatto rari. Pertanto, decostruire stereotipi e pregiudizi su come certi padri potrebbero comportarsi e riflettere su come atteggiamenti e stereotipi possono rendere difficile la comunicazione con i padri è stata una parte importante della formazione. È utile anche leggere i racconti degli uomini della loro esperienza con i servizi sanitari e il personale durante il “percorso nascita” e le loro emozioni. Ancora meglio, ove possibile, invitare un gruppo di padri a dialogare con i partecipanti al corso. Laddove ciò è stato fatto, si è dimostrato efficace nel cambiare gli atteggiamenti (intervista con Adrienne Burgess, Fatherhood Institute, Regno Unito).

È importante mostrare che i ruoli di genere nella genitorialità sono costrutti sociali (a parte le funzioni biologiche legate alla fisiologia della gravidanza e del parto). Mentre la maternità è fondata sulla biologia, così come su norme socio-culturali consolidate nel tempo, gli uomini devono “diventare padri”; incoraggiare il legame precoce (bonding) padre-figlio, a partire dalla gravidanza, è la chiave di questo processo. I professionisti possono imparare a facilitare questo processo di bonding lavorando direttamente con entrambi, il padre e la madre.

A volte il personale femminile può avere la sensazione di non essere capace di comunicare bene con gli uomini/padri. È quindi importante suggerire modalità semplici, come rivolgersi alla coppia al plurale, usando il ‘voi’, oppure in certi momenti rivolgersi direttamente al padre “...e lei cosa pensa? Come si sente? Qual è stata la sua esperienza?”. Le esperienze personali delle partecipanti donne in gravidanza e parto (soprattutto per le professioniste più anziane) potrebbero essere state molto diverse da quanto si sta proponendo; la partecipazione al corso può portare a un processo di autoriflessione che può anche essere un’esperienza emotivamente inquietante o dolorosa per alcune (di qui una ragione in più per fare i corsi in presenza, creando piccoli gruppi di lavoro), ma anche un processo rivelatore e trasformativo.

### **Le coppie omogenitoriali**

Durante i corsi PARENT si è sempre ricordato che tutte le raccomandazioni che riguardano il coinvolgimento e la comunicazione con il padre/partner si applicano anche alla partner in una coppia omogenitoriale (Vedi par. 1.1). Nelle esercitazioni sugli stereotipi (vedi la [Guida Metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie](#)) sono state inserite anche foto di partner donne per fare emergere pensieri e atteggiamenti. Solo un’ostetrica

ha ammesso di avere non tanto un pregiudizio quanto una difficoltà a relazionarsi con una coppia omogenitoriale e che in queste situazioni preferisce passare la mano a un'altra collega. Per le altre accogliere anche coppie omogenitoriali fa parte della loro pratica normale.

### 'Modellare' la parità

Alcune partecipanti hanno osservato che, sebbene essi stessi credano nell'uguaglianza di genere all'interno della coppia, spesso si relazionano con persone/coppie che non necessariamente ci credono. Alcuni dicono "dobbiamo lasciare che sia la coppia a decidere", altri ritengono che i professionisti abbiano un ruolo importante come agenti di cambiamento e modelli di comportamento. La funzione-modello è stata riconosciuta come particolarmente importante per i professionisti che fanno da tutor nel tirocinio pratico: ciò che essi fanno – come formatori/tutor – come questi si comportano nella pratica è più importante e ha un impatto di gran lunga maggiore di quello che potrebbero dire nel contesto classe ovvero, è importante modellare comportamenti reali.

### Evitare stereotipi sui padri migranti

È fondamentale anche evitare gli stereotipi sui padri migranti.

#### **Riquadro 11 - Donne migranti e i loro mariti**

I partecipanti al corso hanno convenuto che gli stereotipi sui padri migranti secondo cui sarebbero meno capaci e/o desiderosi di essere presenti non sono generalmente giustificati. Quando la loro situazione lavorativa lo consente, e quando vengono fornite informazioni giuste e viene fatto uno sforzo specifico per includerli, sono generalmente felici di esserci. Diversi partecipanti hanno raccontato di padri provenienti da culture in cui non è normale che i padri siano presenti al parto che sono stati assai contenti dell'opportunità di esserci e disponibili a partecipare attivamente. Tuttavia, questi mariti provengono da culture e società molto diverse in termini di eguaglianza di genere e riconoscimento dell'autonomia delle donne, e culture in cui, quando è presente la coppia, chi prende la parola in pubblico è l'uomo. Alcuni di questi padri/mariti tendono a volte a esprimere le proprie opinioni piuttosto che dare voce al volere e il sentire delle proprie mogli, soprattutto quando si tratta di dover tradurre avendo le mogli avuto per loro meno opportunità di acquisire la nuova lingua perché i loro contatti sociali sono più limitati (questo vale in particolare per le donne magrebine).

I professionisti che abbiamo formato hanno notato che, in situazioni in cui esiste una barriera linguistica, le donne migranti sono più libere di prendere decisioni quando sono supportate da un mediatore/interprete rispetto a quando i mariti traducono per loro e spesso decidono per loro. Tuttavia, riconoscendo comunque l'importanza della presenza del padre, più che allontanarlo, il personale cerca di spiegare al marito che il mediatore deve esserci perché loro, come professioniste, hanno bisogno di informazioni molto precise sui sintomi e non perché non si fidano di lui e che, anzi, è importante che lui partecipi.

Tuttavia, potrebbe non essere possibile ricorrere a mediatori/traduttori, nel qual caso è essenziale coinvolgere i padri, che devono essere responsabilizzati e informati in modo che possano tradurre in modo accurato senza interpretare o aggiungere le proprie opinioni. In generale, i padri migranti (oltre, evidentemente, le madri) devono essere informati sulle disposizioni sanitarie e assistenziali disponibili.

## 5.3 Tutelare la relazione con il/la partner anche in situazioni difficili

...a esempio durante la pandemia COVID-19

Al paragrafo 3.5 abbiamo raccontato di come durante la pandemia sia diventato difficile tutelare la presenza del padre/partner, malgrado le evidenze scientifiche e le linee-guida sulla necessità di farlo e di come farlo in sicurezza. Si rimanda qui alle esperienze presentate al webinar organizzato dall'ISS a giugno 2020 "Diventare genitori insieme all'epoca del COVID-19. Percorso nascita e primi 1000 giorni: nuove sfide e nuove strategie" (<https://www.epicentro.iss.it/materno/webinar-parent-2020>).

...e quando ci sono complicazioni

### **Riquadro 12 - Perché coinvolgere i padri è importante (e più ancora) quando ci sono delle complicazioni**

Coinvolgere/comunicare con i padri non è solo un "lusso", qualcosa che si può fare solo quando tutto va bene e non ci sono complicazioni. In realtà è ancora più importante quando le cose non vanno bene. Con un partner informato e solidale al suo fianco, sarà più facile per una donna affrontare le decisioni inaspettate o dolorose, per riuscire ad affrontare emotivamente le "brutte notizie".

In caso di 'brutte notizie' il padre può avere una funzione stabilizzante. In uno studio di campo, i padri hanno riferito che, in situazioni in cui è diventato necessario prendere una decisione difficile, ad esempio riguardo all'interruzione di una gravidanza a causa di un'anomalia fetale, sono riusciti a supportare la madre nell'affrontarla (Redshaw, 2013).

È normale che ai padri venga chiesto di lasciare la sala parto se/quando ci sono complicazioni (ad esempio se un neonato necessita di rianimazione. Spesso è fatto per evitare procedimenti legali. Infatti, tenere il padre lì (a meno che non sia in grado affrontare emotivamente la situazione) e spiegargli cosa si sta facendo al bambino e perché, riduce in realtà il rischio di querele/denunce, poiché i genitori sono stati entrambi sensibilizzati e coinvolti (feedback orale del Dr. A. Volta, un neonatologo, docente PARENT). Allo stesso modo, un parto difficile - una 'cattiva nascita' - in cui le cose non sono andate come previsto può essere traumatico per i genitori, come confermato da diversi partecipanti ai corsi. Pertanto, parlare con entrambi di come ognuno di loro si è sentito è molto importante per consentire loro di elaborare l'esperienza dolorosa e ridurre il rischio di stress post-traumatico e depressione, per entrambi, madre e padre.

## 5.4 Affrontare la questione della violenza domestica

Il meta-obiettivo di PARENT era quello di contribuire alla prevenzione della violenza di genere (GBV. Gender Based Violence) promuovendo la paternità impegnata e quindi la mascolinità premurosa. È risultato evidente, però, dall'esperienza di PARENT, che c'è un delicato equilibrio da trovare su come viene affrontata la questione della violenza durante la formazione con il personale sanitario (diverso, ad esempio, dagli assistenti sociali, che lavorano con casi problematici e quindi anche questioni di violenza: in questo caso il tema va affrontato direttamente). È probabile che la formazione si concentri sui motivi più immediati per cui la paternità attiva è importante: lo sviluppo del bambino e la salute della madre e del bambino; il desiderio dei padri di essere coinvolti; l'uguaglianza di genere e la condivisione della cura. È importante non trasmettere implicitamente (ad esempio dedicando troppo tempo alla questione della violenza) l'idea o rafforzare lo stereotipo secondo cui la maggior parte degli uomini sarebbero dei potenziali maltrattanti, a favore di un approccio più positivo alla possibilità di coinvolgere i padri nella cura. È importante aumentare la

consapevolezza e comunicare le evidenze scientifiche relative al fatto che sviluppare un comportamento di cura (l'accudimento) è di per sé trasformativo per gli uomini, ad esempio in termini di ormoni/fisiologia (Abraham & Feldman, 2017; Gettler et al., 2011) e in termini di costruzione di una relazione di fiducia e rispetto reciproco sia con il bambino che con la compagna (contribuendo così alla prevenzione della violenza, sia verso il bambino che la donna). È importante quindi sottolineare l'importanza di sviluppare un efficace processo di screening della violenza domestica durante la gravidanza. I professionisti dovrebbero tuttavia essere consapevoli ed essere in grado di rilevare i primi segni di conflitto all'interno della coppia, o il rischio di comportamenti violenti da parte del partner, che possono trasformarsi in violenza vera e propria (Riquadro 13).

Occorre anche una maggiore consapevolezza sulla depressione paterna, spiegando i sintomi, che sono diversi da quelli delle donne, e dimostrando che non è qualcosa da cui nascondersi o di cui vergognarsi. Parlarne è spesso tabù, considerato "poco virile".

### **Riquadro 13 - Lo screening della violenza domestica durante la gravidanza**

Una discussione sull'incidenza del GBV durante la gravidanza e sui suoi impatti a breve e lungo termine dovrebbe essere parte della formazione (scheda informativa del WHO, Intimate Partner Violence during Pregnancy, 2011).

L'incidenza della violenza domestica in gravidanza è considerata sottostimata nelle statistiche ufficiali (11% in Italia secondo l'Istat). In base alla legislazione esistente per la prevenzione della violenza domestica, i servizi sanitari potrebbero o meno essere tenuti a sottoporre a screening la violenza.

La ricerca (O'Reilly & Peters, 2018) ha evidenziato che, quando gli operatori sanitari non effettuavano screening per la violenza domestica, le cause includevano: il non riconoscimento della loro responsabilità professionale in merito; e la mancanza di politiche di screening della violenza domestica e/o di sistemi di monitoraggio (situazione che non riguarda l'Italia, ma è stato evidenziato, ad esempio, per la Lituania). Ulteriori ostacoli allo screening della violenza domestica sono stati identificati nella mancanza di tempo, risorse e fiducia nelle proprie capacità nell'intraprendere lo screening, o la mancanza in certi contesti di servizi/presidi (non a pagamento) verso i quali indirizzare la donna una volta rilevata la violenza domestica.

Quando lo screening viene eseguito, si basa su una serie di domande che vengono poste dai professionisti durante la gravidanza. Le domande si ripetono poiché potrebbe esserci una tendenza iniziale da parte della madre a proteggere il proprio partner non dichiarando l'episodio di violenza.

## Bibliografia

- Abbass-Dick, J., Brown, H. K., Jackson, K. T., Rempel, L., & Dennis, C. L. (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*, *75*, 41-51. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.001
- Abbass-Dick, J., Stern, S. B., Nelson, L. E., Watson, W. J., & Dennis, C. (2015). Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, *135*(1), 102–110. doi: 10.1542/peds.2014-1416
- Abraham, E., & Feldman, R. (2017). *Oxytocin and Fathering*. <https://fatherhood.global/oxytocin-fathering/>
- Abraham, E., & Feldman, R. (2018). The neurobiology of human allomaternal care; implications for fathering, coparenting, and children's social development. *Physiology & Behavior* *193A*, 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.12.034>.
- Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2014). Father's brain is sensitive to childcare experiences. *PNAS*, *111*(27), 9792-9797. doi.org/10.1073/pnas.1402569111.
- Abraham, E., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2016). Network integrity of the parental brain in infancy supports the development of children's social competencies. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *11*(11), 1707-18. doi: 10.1093/scan/nsw090.
- Adler, M. A., & Lenz, K. (2017). *Father Involvement in the early years: An international comparison of policy and practice*. Bristol, UK: Policy Press.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Atzil, S., Hendler, T., Zagoory-Sharon, O., Winetraub, Y., & Feldman, R. (2012). Synchrony and Specificity in the Maternal and the Paternal Brain: Relation to Oxytocin and Vasopressin. *J Am Acad Of Child Adolesc Psychiatry*, *51*(8), 798-811. doi: 10.1016/j.jaac.2012.06.008. PMID: 22840551.
- Bäckström, C., & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, *27*(1), 67-73. doi: 10.1016/j.midw.2009.07.001.
- Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In N. Bertozzi, & C. Hamon (cur.), *Padri & paternità* (pp. 79-102). Bergamo: Edizioni Junior. [https://www.sburover.it/psice/psicologia/dinamica/13\\_Psicologia\\_dinamica\\_Funzione\\_paterna\\_Attacco\\_mento\\_di\\_coppia.pdf](https://www.sburover.it/psice/psicologia/dinamica/13_Psicologia_dinamica_Funzione_paterna_Attacco_mento_di_coppia.pdf)
- Baldoni, F., & Ceccarelli, L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e adolescenza*, *9*(2), 79-92.
- Baldoni, F., & Landi, G. (2015). La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia. *Research Gate*, 1-27.
- Barbagli, M., & Saraceno, C. (1998). *Separarsi in Italia*. Bologna: Il Mulino (Studi e ricerche).
- Barker, G., Contreras, J. M., Heilman, B., Singh, A. K., Verma, R. K., & Nascimento, M. (2011). *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW) and Rio de Janeiro, Instituto Promundo. <https://promundoglobal.org/resources/evolving-men-initial-results-from-the-international-men-and-gender-equality-survey-images/>; <https://www.icrw.org/publications/evolving-men/>
- Barker, G., Levto, R., & Heilman, B. (2018). Changing the Global Mindset on Fathers: Lessons From the MenCare Campaign. *Zero To Three Journal*, *38*(4), 44-50.
- Basile, B. (2021). Mamma controlla, papà aspetta. Cognitivismo.com. <https://cognitivismo.com/2021/04/06/la-mamma-controlla-il-papa-aspetta/>

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Benaglia, B., & Canzini, D. "They would have stopped births, if they only could have": short and long-term impacts of the COVID-19 pandemic – a case study from Bologna, Italy. *Frontiers in Sociology* 2021;6:614271.
- Berlyn, C., Wise, S., & Soriano, G. Engaging fathers in child and family services: Participation, perceptions and good practice. *FaHCSIA Occasional Paper* 2008;22. <https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/op22.pdf>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Araújo Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Metin Gülmezoglu, A. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medecine*, 12(6), e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Muthe-Kaas H., & Tunçalp Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD012449. doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2.
- Borter, A., Garstick, E., Lenz, H-J., Ryser R., & Walter H. (2017). *Leitfaden für Fachkräfte zur Arbeit mit Vätern im Frühbereich*. Burgdorf. [https://www.maenner.ch/wp-content/uploads/2021/05/MenCare\\_Leitfaden\\_rev\\_2021\\_web.pdf](https://www.maenner.ch/wp-content/uploads/2021/05/MenCare_Leitfaden_rev_2021_web.pdf)
- Bottarelli E. *Quaderno di epidemiologia veterinaria*. Capitolo 8, Unità 1. <https://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/prob/def.htm>
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano J. (2006). The Father-Child Relationship, Parenting Styles, and Adolescent Risk Behaviors in Intact Families. *Journal of Family Issues*, 27(6), 850-881.
- Cabrera, N. J., & Shannon, J. D. (2007). Fathers' Influence on Their Children's Cognitive and Emotional Development: From Toddlers to Pre-K. *Applied Development Science*, 11(4), 208-213. doi: 10.1080/10888690701762100.
- Cannito, M. (2019). Beyond "Traditional" and "New": An Attempt of Redefinition of Contemporary Fatherhoods through Discursive Practices and Practices of Care. *Men & Masculinities*, 23(3-4), 661-679. doi: 10.1177/1097184X18822684.
- Cannito, M. *Il congedo parentale per il padre*. <https://www.conpapa.it/il-congedo-parentale-per-il-padre/>
- Cannito, M. (2020). The Influence of Partners on Fathers' Decision-Making about Parental Leave in Italy: Rethinking Maternal Gatekeeping. *Current Sociology*, 68(6), 832-849. doi: 10.1177/0011392120902231.
- Cannito, M., Crowhurst, I., Ferrero Camoletto, R., Mercuri, E., & Quaglia, V. (2021). Fare maschilità online: definire e indagare la manosphere. Editoriale. *AG About Gender*, 10(19). <https://riviste.unige.it/index.php/aboutgender/issue/view/44>
- Cannito, M., & Mercuri, E. (2021). Fatherhood and Gender Relations in the Manosphere: Exploring an Italian Non-Resident Fathers' Online Forum. *European Journal of Cultural Studies*, 1-20. doi: 10.1177/13675494211036967.
- Cannito, M., & Mercuri, E. (2021). Fathers in (Italian) TV Commercials: Between New Intimacy and Hegemonic Masculinity. *Sociologia Italiana – AIS Journal of Sociology*, 17, 45-65. doi: 10.1485/2281-2652-202117-2.
- Cannito, M., & Scavarda, A. (2020). Childcare and Remote Work during the COVID-19 Pandemic. Ideal Worker Model, Parenthood and Gender Inequalities in Italy. *Italian Sociological Review*, 10(35), 801-820.
- Cappadozzi, T., Sabbadini, L. L., & Spizzichino, D. (2017, 9 febbraio). Come le coppie si dividono il tempo. *InGenere*. <https://www.ingenere.it/articoli/come-coppie-dividono-tempo>
- Carriero, R., & Todisco, L. (2016). *Indaffarate e soddisfatte. Donne, uomini e lavoro familiare in Italia*. Roma: Carocci.

- Casey, E., Carlson, J., Bulls, S. T., & Yager, A. (2018). Gender Transformative Approaches to Engaging Men in Gender-Based Violence Prevention: A Review and Conceptual Model. *Trauma Violence Abuse, 19*(2), 231-246. doi: 10.1177/1524838016650191.
- Castagneri, M., Regalia, A., & Bestetti, G. (2019). *Nel dolore del parto*. Roma: Carocci.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor, 1*(15), Article 4. [https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/21781/28003/Why\\_do\\_Doctors\\_practice\\_defensive\\_medicine.pdf](https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/21781/28003/Why_do_Doctors_practice_defensive_medicine.pdf)
- Chi, J. (2018). Pathways for gender equality through early childhood teacher policy in China. *Echidna Global Scholars Program. Discussion Paper*. Washington, D. C. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED592783.pdf>
- Child & Family Blog Editor. *Neuroscience shows that fatherhood is similar to motherhood, particularly when fathers care more*. Posted on March 2019. <https://childandfamilyblog.com/fatherhood-neuroscience-biology/>
- Chzhen, Y., Rees, G., & Gromada, A. (2019). *Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU. Innocenti Research Report*. Florence: UNICEF Office of Research - Innocenti.
- Ciancio, L. (2015). *Essere padre, essere madre. Storia di un'avventura*. Roma: Armando Editore.
- Coleman, W. L., Garfield, C., & American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2004). Fathers and pediatricians: enhancing men's roles in the care and development of their children. *Pediatrics, 113*(5), 1406-11. doi: 10.1542/peds.113.5.1406.
- Colombo, G. (2011). *Educare al maschile. Paternità, maternità e condivisione. Prove di dialogo fra servizi e papà. Quaderno di Aprile 2011*. Edizione speciale di GIFT - Genitorialità e Infanzia, Famiglie e Territorio; Ferrara.
- Colonna, F., Robieux, I., Santin, E., Camper, M., & Nadalin, G. (2009). Padre in sala operatoria e contatto precoce 'pelle a pelle' durante il taglio cesareo: si può fare! *Quaderni ACP, 16*(1), 10-14.
- Coltrane, S. (1989). Household Labor and the Routine Production of Gender. *Social Problems, 36*, 473-490.
- Coltrane, S. (1996). *Family Man: Fatherhood, Housework, and Gender Equity*. New York: Oxford University Press USA.
- Coltrane, S., & Eichler, M. (1998). Family Policy Wonderland@@@Family Shifts: Families, Policies, and Gender Equality. *Contemporary Sociology, 27*, 230.
- Courchesne, E., Pierce, K., Schumann, C. M., Redcay, E., Buckwalter, J. A., Kennedy, D. P., & Morgan, J. (2007). Mapping Early Brain Development in Autism. *Neuron, 56*(2), 407. doi: 10.1016/j.neuron.2007.10.016.
- Dellman, T. (2004). "The best moment of my life": a literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Journal of Midwifery, 17*(3), 20-26.
- Doucet, A. (2017). *Do Men Mother?* Toronto: University of Toronto Press. ISBN: 9781487511685. doi: 10.3138/9781487511685.
- Doucet A. (2020). Father Involvement, Care, and Breadwinning: Genealogies of Concepts and Revised Conceptual Narratives. *Genealogy, 4*(1), 14. doi: 10.3390/genealogy4010014.
- Draper, J. (2002). 'It was a real good show': the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health & Illness, 24*(6), 771-795. doi: 10.1111/1467-9566.00318.
- Ekström, A., Arvidsson K., Falkenström M., & Thorstensson S. (2013). Fathers' Feelings and experiences during pregnancy and childbirth: a qualitative study. *J Nurs Care, 2*(2). doi: 0.4172/2167-1168.1000136.
- Emma. (2020). *Bastava chiedere! 10 stories di femminismo quotidiano*. Bari: Laterza.
- EpiCentro. **Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS – ISS. (2020). Materiali per le donne in gravidanza, positive al COVID-19. Posso avere una persona di mia scelta accanto durante il parto?** Infografica. (17 gennaio 2020).

[https://www.iss.it/documents/20126/0/infog\\_4+%281%29.png/c32b57ed-0158-7ff4-84f2-069cd227f12e?t=1607074712395](https://www.iss.it/documents/20126/0/infog_4+%281%29.png/c32b57ed-0158-7ff4-84f2-069cd227f12e?t=1607074712395)

- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105-4. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00162.x. PMID: 17542814.
- European Commission. (2017). *2017 Report on equality between women and men in the EU*. ISSN: 2443-5228. [annual report ge 2017 en.pdf \(europa.eu\)](#)
- European Commission. (2013). *The Role of Men in Gender Equality - European strategies & insights. Study on the Role of Men in Gender Equality*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-79-29655-0. doi: 10.2838/14738. <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/f6f90d59-ac4f-442f-be9b-32c3bd36eaf1>
- Fatherhood Institute. (2014). *FI Research Summary: Fathers at the Birth*. <http://www.fatherhoodinstitute.org/wp-content/uploads/2014/04/FI-Research-Summary-Fathers-At-The-Birth.pdf>
- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O., & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35(8), 1133-41. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.01.013.
- Feldman, R., Gordon, I., & Zagoory-Sharon, O. (2010). The cross-generation transmission of oxytocin in humans. *Hormones and behaviour*, 58(4), 669-676.
- Finley, G. E., Mira, S. D., & Schwartz, S. J. (2008). Perceived paternal and maternal involvement: Factor structures, mean differences, and parental roles. *Fathering*, 6(1), 62-82. First published: 22 October 2002. doi: 10.3149/fth.0601.62.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2000). *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Milano; Raffaello Cortina Editore.
- Flacking, R., Dykes, F., & Ewald, U. (2010). The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. *Scand J Public Health*, 38(4), 337-343. doi: 10.1177/1403494810362002.
- Flemming, K., Graham, H., McCaughan, D., Angus, K., & Bauld, L. (2015). The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*, 15(849). doi: 10.1186/s12889-015-2163-x.
- Fletcher, R., St George, J., & Freeman, E. (2013). Rough and tumble play quality: theoretical foundations for a new measure of father-child interaction. *Early Child Development and Care*, 183(6), 746-759. doi: 10.1080/03004430.2012.723439.
- Fletcher, R., May, C., St George, J., Stoker L., & Oshan, M. (2014). *Engaging fathers: Evidence review*. Canberra: Australian Research Alliance for Children and Youth (ARACY). [https://www.academia.edu/15935099/Engaging\\_fathers\\_Evidence\\_review](https://www.academia.edu/15935099/Engaging_fathers_Evidence_review)
- Fogarty, K., & Evans, G. D. *The common roles of fathers: The five Ps*. Document FCS2140. Department of Family, Youth, and Community Sciences, Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida. Publication: December 1999. Revised: November 2009. <http://ufdcimages.uflib.ufl.edu/IR/00/00/33/63/00001/HE14000.pdf>
- Free Social Work Tools and Resources. <http://www.socialworkerstoolbox.com/the-equality-wheel-the-duluth-model/>
- Gallese, V., & Ammaniti, M. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gärtner, M., & Scambor, E. (2020) CARING MASCULINITIES. Über Männlichkeiten und Sorgearbeit. AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 70. Jahrgang, 45/2020. p. 22-27. <https://www.bpb.de/apuz/care-arbeit-2020/317852/caring-masculinities-ueber-maennlichkeiten-und-sorgearbeit>

- Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *PNAS*, *108*(39), 16194-9. doi: 10.1073/pnas.1105403108.
- Glynn, L., & Dale, M. (2016). Engaging dads: Enhancing support for fathers through parenting programmes. *Aotearoa New Zealand Social Work*, *27*(1-2), 59-72. doi: 10.11157/anzswj-vol27iss1-2id17.
- Goodwin, R. D., & Styron, T. H. (2012). Perceived Quality of Early Paternal Relationships and Mental Health in Adulthood. *J Nerv Ment Dis*, *200*(9), 791-5. doi: 10.1097/NMD.0b013e318266f87c. PMID: 22922234.
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry*, *68*(4), 377-82. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.02.005. PMCID: PMC3943240.
- Greenhalgh, R., Slade, P., & Spiby H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*, *27*(3), 177-84. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00177.x. PMID: 11251499.
- Griffith, C. *The Power and Control Wheel: Everything You Need to Know*. <https://www.ardfky.org/sites/ardfky.org/files/Chris%20Griffith%20-%20PPT%20%28Everything%20you%20need%20to%20know%20wheel%202017%29.pdf>
- Haas, L., & Hwang, C. P. (2008). The Impact of Taking Parental Leave on Fathers' Participation. In *Childcare And Relationships With Children: Lessons from Sweden*. *Community, Work & Family*, *11*(1), 85-104. doi: 10.1080/13668800701785346. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13668800701785346>
- Hanson, S., Hunter, L. P., Bormann, J. Rz., & Sobo, E. J. (2009). Paternal fears of childbirth: a literature review. *J Perinat Educ*, *18*(4), 12-20. doi: 10.1624/105812409X474672.
- Hellman, B., Levto, R., van der Gaag, N., Hassink, A., & Barker, G. (2017). *State of the World's Fathers: Time for Action*. Washington DC: Promundo, Sonke Gender Justice, Save the Children, and MenEngage Alliance.
- Henry, J. B., Julion, W. A., Bounds, D. T., & Sumo, J. (2020). *Fatherhood Matters: An Integrative Review of Fatherhood Intervention Research*. *The Journal of School Nursing*, *36*(1), 19-327.
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*, *24*(3), 129-136. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, *10*:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4. PMID: 23076901. PMCID: PMC4175537.
- Holter, Ø. G., & Krzaklewska, E. (2017). *Gender Equality and Quality of Life: European Blueprint Information and Instructions*. Jagiellonian University in Kraków and University of Oslo.
- Holtermann, D. (2019). *Boys in Care. Strengthening boys\* to pursue Care Occupations. A handbook for teachers and vocational counsellors working with boys\* and multipliers for gender sensitive vocational orientation*. Berlin. [https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/General/Boys\\_in\\_Care\\_2019\\_Strengthening\\_Boys\\_to\\_pursue\\_Care\\_Occupations\\_-\\_Manual.pdf](https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/General/Boys_in_Care_2019_Strengthening_Boys_to_pursue_Care_Occupations_-_Manual.pdf)  
Versione in italiano: [https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/Italy/ITA-boys\\_in\\_care\\_WEB-1\\_con\\_copertina.pdf](https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/Italy/ITA-boys_in_care_WEB-1_con_copertina.pdf)
- ISTAT. (2016). *I tempi della vita quotidiana. Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo*. Roma: ISTAT.
- Johansson, E-A. (2010). *The effect of own and spousal parental leave on earnings*. Working Paper 2010:4. Uppsala, Sweden: Institute of Labour Market Policy Evaluation. <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2010/wp10-4-The-effect-of-own-and-spousal-parental-leave-on-earnings.pdf>
- Joo, P. (2016). *Behavioral and social science in medical education: Patients, doctors, and communities*. NIH, National Institutes of Health. <https://www.obssr.od.nih.gov/news-and-events/news/behavioral-and-social-science-medical-education-patients-doctors-and>

- Kabakian-Khasholian, T., & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy Childbirth*, *17*, 265. doi: 10.1186/s12884-017-1447-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, *15*, 251. doi:10.1186/s12884-015-0683-0.
- Kotan, S. E. (2007). *Predictors of Breastfeeding Intention Among Low-Income Women*. Florida State University Libraries. <https://diginole.lib.fsu.edu/islandora/object/fsu:181069/datastream/PDF/view>
- Kothari, A., Thayalan, K., Dulhunty, J., & Callaway, L. (2019). The forgotten father in obstetric medicine. *Obstet Med*, *12*(2), 57-65. doi: 10.1177/1753495X18823479. Epub 2019 Feb 18. PMID: 31217809; PMCID: PMC6560841.
- Kruske, S., Young, K., Jenkinson, B., & Catchlove, A. (2013). Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*, 84. doi.org/10.1186/1471-2393-13-84.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In Lancaster JB, Altman J, Rossi AS, Sherroa LR (cur.). *Parenting across the lifespan: Biosocial dimensions*. New York: Routledge. p. 111-142.
- Lamb, M. E., & Tamis-Lemonda, C. S. (2004). The role of the father. An introduction. In Lamb ME (cur.). *The role of the father in child development* (4. ed., pp. 1-31). New York, NY: John Wiley & Sons Inc.
- Leaper, C. (2014). Parents' Socialization of Gender in Children. In Martin CL, topic ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. <https://www.child-encyclopedia.com/gender-early-socialization/according-experts/parents-socialization-gender-children>.
- Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., & Garfield, C. F. (2018). Father-Inclusive Perinatal Parent Education Programs: A Systematic Review. *Pediatrics*, *142*(1)e20180437. doi: 10.1542/peds.2018-0437. Epub 2018 Jun 14. PMID: 29903835.
- Lero, D. S., Ashbourne, L. M., & Whitehead, D. L. (2006). *Inventory of policies and policy areas influencing father involvement*. Guelph, Canada: Father Involvement Research Alliance. <https://childcarecanada.org/documents/research-policy-practice/06/06/inventory-policies-and-policy-areas-influencing-father>
- Levtov, R. G., Barker, G., Contreras-Urbina, M., Heilman, B., & Verma, R. (2014). Pathways to Gender-equitable Men: Findings from the International Men and Gender Equality Survey in Eight Countries. *Men and Masculinities*. doi: 10.1177/1097184X14558234.
- Lewis, C., & Lamb, M. E. (2007). *Understanding fatherhood: a review of recent research*. Lancaster: Joseph Rowntree Foundation. ISBN: 978 1 85935 599 2.
- Lu, M. C., Jones, L., Bond, M. J., Wright, K., Pumpuang, M., Maidenberg, M., Jones, D., Garfield, C., & Rowley, D. L. (2010). Where is the F in MCH? Father involvement in African American families. *Ethn Dis*, *20*(1 Suppl 2), S2-49-61. PMID: 20629247.
- Lubbock, A., & Deriu, M. (2018). Reinventarsi la paternità. *InGenere* 22/1/2018. <https://www.ingenere.it/articoli/reinventarsi-la-paternita>
- Magrelli, V., Fois, M., De Silva, D., Mari, M., Starnone, D., Bonvissuto, S., Celestini, A., & Pascale, A. (2013). *Scena Padre*. Torino; Einaudi.
- Månsdotter, A., & Lundin, A. (2010). How do masculinity, paternity leave, and mortality associate? - A study of fathers in the Swedish parental & child cohort of 1988/89. *Social Science Medicine*, *71*(3), 576-83. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.008. [https://www.researchgate.net/publication/44663881\\_How\\_do\\_masculinity\\_paternity\\_leave\\_and\\_mortality\\_associate\\_A\\_study\\_of\\_fathers\\_in\\_the\\_Swedish\\_parental\\_child\\_cohort\\_of\\_198889](https://www.researchgate.net/publication/44663881_How_do_masculinity_paternity_leave_and_mortality_associate_A_study_of_fathers_in_the_Swedish_parental_child_cohort_of_198889)
- McHale, J. P. (2010). *La sfida della cogenitorialità*. Milano; Raffaello Cortina Editore.
- McHale, J. P., & Lindahl, K. M. (2011). *Coparenting: A Conceptual and Clinical Examination of Family Systems*. Washington, DC: American Psychological Association Press. ISBN: 978-1-4338-0991-0.

- McMunn, A., Martin, P., Kelly, Y., & Sacker, A. (2017). Fathers' Involvement: Correlates and Consequences for Child Socioemotional Behavior in the United Kingdom. *J Fam Issues*, 38(8), 1109-1131. doi: 10.1177/0192513X15622415.
- McWayne, C., Downer, J. T., Campos, R., & Harris, R. D. (2013). Father involvement during early childhood and its association with children's early learning: A meta-analysis. *Early Education and Development*, 24(6), 898-922. doi: 10.1080/10409289.2013.746932.
- Mensah, M. K., & Kuranchie, A. (2013). Influence of Parenting Styles on the Social Development of Children. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(3), 123-130.
- Moore, T. G., Arefadib, N., Deery, A., & West, S. (2017). *The First Thousand Days: An Evidence Paper*. Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health.
- Murray, L. (2015). *Le prime relazioni del bambino. Dalla nascita a due anni, i legami fondamentali per lo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Murray, L. (2014). *The Psychology of Babies: How relationships support development from birth to two*. Robinson.
- Naldini, M. (2016). *La Transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali*. Bologna: Il Mulino.
- Nandyose, H., Ruskin, L., Swan, M., & Tanner, S. (2018). *Early childhood development, gender socialization and men's engagement: An Annotated Bibliography*. Surrey, United Kingdom: Plan International. [https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/glo-early\\_childhood\\_development\\_annotated\\_bibliography-final-io-eng-jul18.pdf](https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/glo-early_childhood_development_annotated_bibliography-final-io-eng-jul18.pdf)
- Nasreen, A. (2018). Relationships between Fatherhood Practices and Good Social Behavior of Children. *Journal of Research and Reflections in Education* Dec, 12(2), 265-276. <http://www.ue.edu.pk/jrre>
- Neodemos. (2018). *Un Paese spaccato: lavoro femminile e fecondità nelle regioni italiane*. 6/11/2018. <http://www.neodemos.info/arMcoli/un-paese-spaccato-lavoro-femminilee-fecondita-nelle-regioni-italiane/>
- Nepomnyaschy, L., & Waldfogel, J. (2007). Paternity leave and fathers' involvement with their young children. Evidence from the American ECLS-B. *Community, Work & Family*, 10(4), 427-453. Doi: 10.1080/13668800701575077.
- O'Reilly, R., & Peters, K. (2018). Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Women's Health*, 18:128.
- OECD. (2016). *Parental leave: where are the fathers?* Policy brief. <https://www.oecd.org/policy-briefs/parental-leave-where-are-the-fathers.pdf>.
- OECD. (2017). *The Pursuit of Gender Equality: An Uphill Battle*. Paris: OECD Publishing;. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-pursuit-of-gender-equality\\_9789264281318-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-pursuit-of-gender-equality_9789264281318-en#page1)
- Opondo, C., Redshaw, M., Savage-McGlynn, E., & Quigley, M. A. (2016). Father involvement in early child-rearing and behavioural outcomes in their pre-adolescent children: evidence from the ALSPAC UK birth cohort. *BMJ Open*, 6(11), e012034. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012034.
- Palkovitz, R. (1997). Reconstructing "involvement": Expanding conceptualizations of men's caring in contemporary families. In Hawkins AJ, Dollahite DC (cur.). *Generative fathering: Beyond deficit perspectives*. (pp. 200-216). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F., Pruett, K., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner Review: Engaging Fathers - Recommendations for a Game Change in Parenting Interventions Based on a Systematic Review of the Global Evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(11), 1187-212. doi: 10.1111/jcpp.12280.
- Pattnaik, J. (2013). *Father Involvement in Young Children's Lives. A Global Analysis*. Vol 6. Dordrecht: Springer.

- Paulauskas, D. (2017). *Lyčių nelygybė darbo rinkoje*. Kurk Lietuvai. [http://kurklit.lt/wp-content/uploads/2017/04/Lyciu\\_nelygybe\\_darbo\\_rinkoje.pdf](http://kurklit.lt/wp-content/uploads/2017/04/Lyciu_nelygybe_darbo_rinkoje.pdf)
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, *303*(19), 1961-9. doi: 10.1001/jama.2010.605.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, *118*(2), 659-68. doi: 10.1542/peds.2005-2948.
- Pellai, A., Storaci, A., Dalessandro, D., Garzonio, E., & Baggiani, P. (2009). Nella mente dei padri. *Quaderni ACP*, *16*(3), 104-108.
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week: a qualitative interview study in Sweden. *Midwifery*, *28*(5), e697-704. doi: 10.1016/j.midw.2011.08.010.
- Phelan, A., O'Connell, & R. Childbirth. (2015). Myths and medicalization. *Entre Nous. The European magazine for sexual and reproductive health*, *81*, 18-19. [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/277738/Childbirth\\_myths-andmedicalization.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/277738/Childbirth_myths-andmedicalization.pdf)
- Pisacane, A., Continisio, G. I., Aldinucci, M., D'Amora, S., & Continisio, P. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*, *116*(4), e494-8. doi: 10.1542/peds.2005-0479.
- Plan International. (2017). *Synthesis report. Research into gender equality and early childhood development in eleven countries in Asia*. <https://plan-international.org/research-gender-equality-and-ecc-initiatives>
- Pleck, J. H. (2007). Why could father involvement benefit children? Theoretical perspectives. *Applied Developmental Science*, *11*(4), 196-202. doi: 10.1080/10888690701762068.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualization and theoretical linkages with child outcomes. In Lamb ME (cur.). *The role of the father in child development*. (5. ed., pp. 58-93). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Promundo, CulturaSalud, REDMAS. (2013). *Program P - A Manual for Engaging Men in Fatherhood, Caregiving, and Maternal and Child Health*. Promundo: Rio De Janeiro, Brazil and Washington, D.C. USA. <https://promundoglobal.org/resources/program-p-a-manual-for-engaging-men-in-fatherhood-caregiving-and-maternal-and-child-health/>
- Prosen, M., & Krajnc, M. T. (2013). Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia. *Revija Za Sociologiju*, *43*(3), 251-272. doi: 10.5613/rzs.43.3.3.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G., & the ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, *365*(9478), 2201-5. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66778-5.
- Redshaw, M., & Henderson J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*, 70. doi: 10.1186/1471-2393-13-70.
- Regalia, A., & Colombo G. (2018). *La nascita: rischi reali, pericoli percepiti*. Roma: Carocci.
- Rentzou, K. (2017). *Parental engagement in early childhood education and care. A practical guide for parents and teachers*. Nicosia: Parga. (In Greek). ISBN: 978-9963-714-69-8.
- Rollé, L., Gullotta, G., Trombetta, T., Curti, L., Gerino, E., Brustia, P. & Caldarera, A. M. (2019). Father Involvement and Cognitive Development in Early and Middle Childhood: A Systematic Review. *Front. Psychol*, *10*, 2405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02405>
- Sabbadini, L., & Rosina, A. (2006). *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*. Argomenti n. 31. Roma: ISTAT, Centro stampa e riproduzione srl. [https://ebiblio.istat.it/digibib/Argomenti/IST0049870Argomenti31Diventare\\_padri\\_in\\_italia.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Argomenti/IST0049870Argomenti31Diventare_padri_in_italia.pdf)

- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdùn, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002. Epub 2016 Jun 4.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Pædiatrica*, 97(2), 153-8. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x.
- Scambor, E., Bergmann, N., Wojnicka, K., Belghiti-Mahut S., Hearn, J., Holter, Ø. G., Gärtner, M., Hrženjak, M., Scambor, C. & White, A. (2014). Men and Gender Equality: European Insights. *Men and Masculinities*, 17(5), 552-577. <https://doi.org/10.1177/1097184X14558239>
- Scambor, E., Theuretzbacher, M., with contribution of all FOMEN partners. (2021, in press). *Guideline. Recommendations for the Implementation of a Gender Sensitive & Violence Preventive Education Program for Men with International Family History*.
- Scarzello, D., & Arace, A. (2015). Percorsi verso la cogenitorialità: 2 + 1 fa sempre 3? In Naldini M (cur.). *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali?* Bologna; Il Mulino.
- Schoppe-Sullivan, S. J., McBride, B. A., & Ringo Ho, M.-H. (2004). Unidimensional versus multidimensional perspectives on father involvement. *Fathering*, 2(2), 147-163.
- Shannon, J. D., Cabrera, N. J., Tamis-Lemonda, C., & Lamb, M. E. (2009). Who stays and who leaves? Father accessibility across children's first 5 years. *Parent Sci Pract*, 9(1-2), 78-100. doi: 10.1080/15295190802656786.
- Sihota, H., Oliffe, J., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Fathers' Experiences and Perspectives of Breastfeeding: A Scoping Review. *Am J Mens Health*, 13(3). doi: 10.1177/1557988319851616. PMID: 31092114; PMCID: PMC6537273.
- Spandrio, R., Regalia, A., & Bestetti G. (2014). *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum*. Carocci, Roma.
- Sparrow, D. *Il bonding padre-bambino*. <https://www.conpapa.it/il-bonding-padre-bambino/>
- Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y., & Ota, E. (2016). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* Feb, 5(21). doi: 10.1186/s13643-016-0199-3.
- Swick, K. J. Caring Fathers. (2013). In Pattnaik J (cur.). *Father Involvement in Young Children's Lives. Educating the Young Child (Advances in Theory and Research, Implications for Practice)*. (Vol. 6, pp. 31-43). Springer, Dordrecht. doi: 10.1007/978-94-007-5155-2\_3.
- Tamburlini, G., & Volta, A. (2021). Il bambino tutto intero: per un approccio integrato al bambino e al suo ambiente complesso. *Medico e Bambino*, 40(4), 237-244. doi: 10.53126/MEB40237.
- Tamburlini, G., & Volta, A. (2021). Il Tempo dei Padri. *Medico e Bambino*, 40(2), 75-76. doi:10.53126/MEB40075.
- Theuretzbacher, M., & Scambor, E. (2021). *Intervention and Education Program on Gender Sensitization and Gender Based Violence Prevention with Male Migrants and Refugees*. [https://www.focus-on-men.eu/fileadmin/WWP\\_Network/redakteure/Projects/FOMEN/Manual/FOMEN\\_Manual\\_EN.pdf](https://www.focus-on-men.eu/fileadmin/WWP_Network/redakteure/Projects/FOMEN/Manual/FOMEN_Manual_EN.pdf)
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A, Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*, 13(1), e0191620. doi: 10.1371/journal.pone.0191620.
- Tolstoj, L. (1891). *Guerra e Pace*. (1. ed. italiana).
- Torres, N., Veríssimo, M., Monteiro, L., Ribeiro, O., & Santos, A. J. (2014). Domains of father involvement, social competence and problem behavior in preschool children. *Journal of Family Studies*, 20(3), 188-203. doi: 10.1080/13229400.2014.11082006.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (cur.). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. (pp. 15-46). Cambridge; University Press.

- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, B. (1978). The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1-13. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002713809622731>
- Tronick, E., Brazelton, T. B., & Als, H. (1978). The structure of face-to-face interaction and its developmental functions. *Sign Language Studies*, 18, :1-16. <http://www.jstor.org/stable/26203254>
- Tronick, E. Z., & Cohn J. F. (1989). Infant-Mother Face-to-Face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination. *Child Development*, 60(1), 85-92. <https://doi.org/10.2307/1131074>
- Tronick, E. (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- UNICEF. (2017). *Standards for ECD parenting programmes in low and middle income countries*. New York: UNICEF. [https://sites.unicef.org/earlychildhood/files/UNICEF-Standards for Parenting Programs 6-8-17\\_pg.pdf](https://sites.unicef.org/earlychildhood/files/UNICEF-Standards%20for%20Parenting%20Programs%206-8-17_pg.pdf)
- UNICEF, Liverpool School of Tropical Medicine. (2011). *Gender influences on child survival, health and nutrition: A narrative review*. New York: UNICEF and LSTM. <https://www.yumpu.com/en/document/view/39920892/gender-influences-on-child-survival-health-and-nutrition-a-unicef>
- UNICEF ECARO & ISSA. (2016). Supporting Families for Nurturing Care. Supporting Families for Nurturing Care. Module 18. *Gender socialisation and gender dynamics in families - the role of the home visitor*. The Netherlands. Retrieved from: [Module 18 Supporting Families for Nurturing Care Gender.FINAL .pdf \(issa.nl\)](#).
- Van Belle, J. (2016). *Paternity and parental leave policies across the European Union*. Santa Monica, California: RAND Corporation. doi: 10.7249/RR1666.
- Van der Gaag, N., Heilman, B., Gupta, T., Nembhard, C., & Barker, G. (2019). *State of the World's Fathers: Unlocking the Power of Men's Care. 2019*. Washington, DC: Promundo-US. [http://s30818.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/05/BLS19063\\_PRO\\_SOWF\\_REPORT\\_015.pdf](http://s30818.pcdn.co/wp-content/uploads/2019/05/BLS19063_PRO_SOWF_REPORT_015.pdf)
- Vermeulen, J., Luyben, A., O'Connell, R., Gillen, P., Escuriet, R., & Fleming, V. (2019). Failure or progress? The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *Eur J Midwifery*, 3, 22. doi: 10.18332/ejm/115038. eCollection 2019.
- Villar, J., Fernandes, M., Purwar, M., et al. (2019). Neurodevelopmental milestones and associated behaviours are similar among healthy children across diverse geographical locations. *Nat Commun*, 10, 511. doi: 10.1038/s41467-018-07983-4.
- Volta, A., Capuano, C., Novelli, D., Ferraroni, E., Pisani, F., & Bussolati, N. (2006). Paternità: un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri. *Quaderni ACP*, 13(4), 146-149. <https://acp.it/it/2006/06/paternita-unindagine-sulle-emozioni-dei-nuovi-padri.html>
- Weisman, O., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2012). Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. *Biological Psychiatry*, 72(12), 982-9. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.011.
- Wells, L., Lorenzetti, L., Carolo, H., Dinner, T., Jones, C., Minerson, T., & Esina, E. (2013). *Engaging men and boys in domestic violence prevention: Opportunities and promising approaches*. Calgary, AB: The University of Calgary, Shift: The Project to End Domestic Violence. [https://preventdomesticviolence.ca/sites/default/files/research-files/Promising%20Approaches%20to%20Engage%20Men%20and%20Boys\\_0.pdf](https://preventdomesticviolence.ca/sites/default/files/research-files/Promising%20Approaches%20to%20Engage%20Men%20and%20Boys_0.pdf)
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18:473. <http://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- Wilson, A., Karberg, E., Wasik, H., Scott, M. E., Laurore, J., Areán, J. C., & Bair-Merritt, M. (2020). *Domestic Violence Prevention and Intervention in Fatherhood Programs*. OPRE Report # 2020-53. Washington, DC:

Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, or the U.S. Department of Health and Human Services. [https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/opre/domestic\\_violence\\_prevention\\_intervention\\_529.pdf](https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/opre/domestic_violence_prevention_intervention_529.pdf)

- Women's Health East. (2017). *No limitations. Breaking down gender stereotypes in the early years. A resource guide for early years educators.* [https://whe.org.au/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/No-limitations-guide\\_FINAL.pdf](https://whe.org.au/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/No-limitations-guide_FINAL.pdf)
- Wood, W., & Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*, 128(5), 699-727. doi: 10.1037/0033-2909.128.5.699.
- World Health Organization. (2007). *Fatherhood and Health Outcomes in Europe.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/69011/E91129.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf)
- World Health Organization. (2011). *Intimate partner violence during pregnancy.* Department of Sexual and Reproductive Health. Geneva; World Health Organization. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr\\_11\\_35/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr_11_35/en/)
- World Health Organization. (2017). *Nurturing care for early childhood development.* Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region.* Copenhagen: World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2018/strategy-on-the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-2018>
- World Health Organization Infographics. (2020). *Pregnancy, Childbirth, breastfeeding and COVID-19.* [https://www.who.int/images/default-source/infographics/pregnancy-childbirth-breastfeeding-and-covid-19/pregnancy-3-1200x1200.png?sfvrsn=11914de2\\_8](https://www.who.int/images/default-source/infographics/pregnancy-childbirth-breastfeeding-and-covid-19/pregnancy-3-1200x1200.png?sfvrsn=11914de2_8)
- World Health Organization, & HRP Human Reproduction Programme. (2018). *Making childbirth a positive experience.* Department of Sexual and Reproductive Health. <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
- World Health Organization, & HRP Human Reproduction Programme. (2020). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Evidence-to-action brief, 2020.* Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334151/WHO-SRH-20.13-eng.pdf>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2009). *Baby-friendly hospital initiative.* Geneva: WHO/UNICEF. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization, UNICEF, World Bank Group, ECD Action Network & Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. (2019). *Operationalizing Nurturing Care for Early Childhood Development. The role of the health sector alongside other sectors and actors.* Geneva: WHO. <https://nurturing-care.org/wp-content/uploads/2019/07/Operationalizing-NC.pdf>
- WWI. *Gender Gap Report 2018.* <https://winningwomeninstitute.org/wp-content/uploads/2018/09/Gender-Gap-Report-2018.pdf>
- Yi-Chan-Tu, Jen Chun Chang, & Tsai Feng Kao. (2014). A Study on the Relationships between Maternal Gatekeeping and Paternal Involvement in Taiwan. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 122, 319-328.
- Yogman, M., & Garfield, C. F., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Fathers' role in the care and development of their children: the role of pediatricians. *Pediatrics*, 138(1), e20161128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27296867/>
- Zayczyc, F., & Ruspini, E. (2008). *Nuovi Padri?* Milano; Baldini e Castoldi.

## Linkografia

<http://www.associazionerelive.it/> (Rete Relive)

<http://cerchiodegliuomini.org/centro-ascolto/> (Centro di ascolto del disagio maschile)

<http://volidibimbi.it/dir/>

<https://filmfreeway.com/ipardeep> (password: loparddeep) Film 'Io Pardeep'.

<https://www.1522.eu/>

<https://www.amnesty.it/appelli/il-sesso-senza-consenso-e-stupro/>

[https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/General/Boys in Care 2019 Strengthening Boys to pursue Care Occupations - Manual onlineversion.pdf](https://www.boys-in-care.eu/fileadmin/BIC/General/Boys_in_Care_2019_Strengthening_Boys_to_pursue_Care_Occupations_-_Manual_onlineversion.pdf)

<https://www.conpapa.it> (su dati ISTAT/EUROSTAT/OpenPolis)

<https://www.direcontrolaviolenza.it/>

<https://www.istat.it/it/files/2019/12/Report-asili-nido-2017-2018.pdf>

<https://www.ladynomics.it/indice-sulluguaglianza-di-genere-2019-italia/?fbclid=I> (Impatto della parità di genere sulla economia)

<https://www.openpolis.it/il-ruolo-degli-asili-nido-per-loccupazione-femminile/>

<https://www.openpolis.it/rassegnastampa/i-dati-sulloccupazione-femminile-in-italia/>

<https://www.openpolis.it/rassegnastampa/limpatto-del-lavoro-di-cura-sulloccupazione-femminile/>

<https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2019/04/Report-occupazione-2020.pdf>

[https://sowf.men-care.org/wp-content/uploads/sites/4/2017/06/PRO17004 REPORT-Post-print-June9-WEB-3.pdf](https://sowf.men-care.org/wp-content/uploads/sites/4/2017/06/PRO17004_REPORT-Post-print-June9-WEB-3.pdf)

<https://www.telefonorosa.it/>

<https://www.work-with-perpetrators.eu> (WWP)

## Riferimenti normativi sulla violenza di genere

- Italia. Costituzione della Repubblica Italiana. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.298, 27 dicembre 1947.
- Italia. Legge 1 dicembre 1970, n. 898. Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.306, 03 dicembre 1970.
- Italia. Legge 19 maggio 1975, n. 151. Riforma del diritto di famiglia. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.135, 23 maggio 1975.
- Italia. Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.140, 22 maggio 1978.
- Italia. Legge 5 agosto 1981, n. 442. Abrogazione della rilevanza penale della causa d'onore. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.218, 10 agosto 1981.
- Italia. Legge 15 febbraio 1996, n. 66. Norme contro la violenza sessuale. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.42, 20 febbraio 1996.
- Italia. Decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 419. Riordinamento del sistema degli enti pubblici nazionali, a norma degli articoli 11 e 14 della legge 15 marzo 1997, n. 59. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 268, 15 ottobre 1999.
- Italia. Legge 4 aprile 2001, n. 154. Misure contro la violenza nelle relazioni familiari. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.98, 28 aprile 2001.
- Italia. Legge 8 febbraio 2006, n. 54. Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.50, 01 marzo 2006.
- Italia. Decreto Legislativo 11 aprile 2006, n. 198. Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.125, 31 maggio 2006 - Suppl. Ordinario n. 133.
- Italia. Legge 27 giugno 2013, n. 77 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.152, 01 luglio 2013.
- Italia. Decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93. Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.191, 16 agosto 2013.
- Italia. Legge 15 ottobre 2013, n. 119. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.242, 15 ottobre 2013.
- Italia. Legge 19 luglio 2019, n. 69 (nota come Codice Rosso) Tutela delle vittime di violenza domestica e di genere. Gazzetta Ufficiale n. 173 - Serie Generale, 25 luglio 2019.



**Edizione 1.0, 17 marzo 2022**