UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

Il ruolo paterno nei primi 1000 giorni: indagine conoscitiva nelle Marche.
Survey on Fathering in the First 1000 days in the Marche region.

Relatrice:
Dott.ssa Paola Busilacchio

Tesi di Laurea di:
Olga Delmonte

A.A. 2025/2026

Dedica

INDICE

INTRODUZIONE ***I***

CAPITOLO 1: PARTE TEORICA ***1***

1.1 EVOLUZIONE STORICA DEL RUOLO PATERNO 1

1.2 I PRIMI 1000 GIORNI 3

1.3 IL NURTURING CARE FRAMEWORK 5

1.3.1 Il coinvolgimento paterno e il progetto PARENT 9

1.4 IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELLA PROMOZIONE DELLA PATERNITÀ ATTIVA 11

1.4.1 La gravidanza: l'accompagnamento alla genitorialità 11

1.4.2 Travaglio e il parto: la nascita partecipata 14

1.4.3 Post-partum e puerperio: il supporto alla cura del neonato 16

1.5 POLITICHE DI SOSTEGNO ALLA PATERNITÀ 21

CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA ***23***

2.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO 23

2.2 MATERIALI E METODI 23

2.3 RISULTATI 24

2.4 ANALISI DEI RISULTATI 26

2.5 DISCUSSIONE 33

2.6 CONCLUSIONE 35

CAPITOLO 3: PARTE SPERIMENTALE ***36***

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO 36

3.2 MATERIALI E METODI 36

3.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO 37

3.4 ANALISI DESCRITTIVA DEI RISULTATI 38

3.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI 70

3.6 LIMITI DELLO STUDIO 73

CONCLUSIONE ***74***

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA ***75***

ALLEGATO A ***78***

INTRODUZIONE

Nel corso della storia, il ruolo paterno ha attraversato profonde trasformazioni sociali e culturali. Per lungo tempo il padre è stato considerato principalmente una figura autoritaria e distante dal percorso di crescita dei figli, con una funzione educativa fondata prevalentemente sulla trasmissione delle regole e sul mantenimento della disciplina familiare. Gli aspetti legati alla cura quotidiana e alla dimensione affettiva erano invece attribuiti quasi esclusivamente alla madre.

A partire dalla seconda metà del Novecento, i cambiamenti nella struttura familiare e nella società hanno favorito una progressiva ridefinizione della paternità. Il modello del padre padrone, caratterizzato da distanza emotiva e autorità, ha lasciato spazio a una nuova figura paterna maggiormente coinvolta, responsiva e partecipe nella crescita dei figli. Il padre contemporaneo è un genitore attivamente coinvolto nelle pratiche di cura, nella relazione affettiva e nelle scelte riguardanti il benessere del bambino.

Questa evoluzione ha portato la ricerca scientifica a interrogarsi sempre più sul valore della presenza paterna e sui suoi effetti positivi all'interno della famiglia. Numerose evidenze hanno infatti dimostrato come un coinvolgimento paterno precoce e sensibile possa contribuire allo sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e relazionale del bambino, oltre a favorire il benessere della coppia genitoriale e dell'intera triade madre-padre-figlio.

Un periodo di particolare rilevanza è rappresentato dai primi 1000 giorni di vita, che comprendono il periodo dal concepimento fino ai primi 24 mesi del bambino. Questa fase costituisce una finestra fondamentale per lo sviluppo e la salute futura dell'individuo, durante la quale le esperienze ambientali, relazionali e affettive esercitano un'influenza significativa sulla crescita del bambino. In tale contesto, la presenza del padre e la sua partecipazione attiva alla cura rappresentano elementi importanti per favorire la costruzione di una relazione affettiva sicura e sostenere lo sviluppo globale del bambino.

Nonostante il crescente riconoscimento del ruolo paterno, la transizione alla paternità rappresenta ancora oggi un processo complesso, caratterizzato da importanti cambiamenti identitari, emotivi e relazionali. Diventare padre implica infatti l'acquisizione di nuove competenze, la ridefinizione del proprio ruolo all'interno della famiglia e la necessità di ricevere adeguate informazioni e supporto durante questo percorso.

In questo scenario, risulta fondamentale comprendere il vissuto dei padri, le loro esperienze, le eventuali difficoltà incontrate e i bisogni percepiti, al fine di sviluppare interventi di sostegno alla genitorialità sempre più inclusivi e centrati sulla famiglia.
L'obiettivo della presente tesi è quello di indagare le esperienze vissute dai padri durante i primi 1000 giorni di vita dei loro figli, approfondendo la percezione del proprio ruolo genitoriale, il coinvolgimento nelle pratiche di cura, le difficoltà affrontate e il bisogno di supporto ricevuto durante questa fase della vita familiare.
La scelta di approfondire questo tema nasce dalla limitata presenza di studi recenti dedicati al vissuto paterno durante la transizione alla genitorialità e dall'interesse maturato durante il percorso di tirocinio verso una figura genitoriale fondamentale, ma ancora oggi meno esplorata rispetto alla figura materna nell'ambito della ricerca e dell'assistenza sanitaria.
Il presente elaborato ripercorre inizialmente l'evoluzione storica del ruolo paterno, per poi approfondire la cruciale finestra dei primi 1000 giorni di vita attraverso il framework teorico della Nurturing Care e il progetto 4E-PARENT. Successivamente, ampio spazio viene dedicato al ruolo dell'ostetrica nel promuovere e sostenere il coinvolgimento attivo del padre in ogni fase del percorso nascita: dalla gravidanza al travaglio e parto, fino al post-parto e al puerperio. Infine, la trattazione si conclude esplorando il tema del congedo di paternità e l'impatto delle politiche a sostegno della genitorialità. Nella fase sperimentale verranno mostrati gli obiettivi, i materiali, i metodi ed i risultati di questo elaborato attraverso l'analisi del questionario somministrato ai padri. Successivamente questi risultati saranno discussi e confrontati al fine di ottenere dati utili ad approfondire l'importanza di questa figura genitoriale. Infine, nelle conclusioni, si offrirà una panoramica sui molteplici benefici relativi a un padre presente e attivo nelle cure, soffermandosi anche sull'importanza del ruolo dell'ostetrica.

CAPITOLO 1: PARTE TEORICA

1.1 EVOLUZIONE STORICA DEL RUOLO PATERNO

La concezione di paternità così come viene intesa oggi è il risultato di una lunga evoluzione storica. Nelle società preistoriche, l'uomo ricopriva principalmente il ruolo di cacciatore e sostentatore della famiglia, mentre alla donna spettava la cura dei figli.
Secondo quanto illustrato da Luigi Zoja nel saggio *Il gesto di Ettore, preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*, è solo con il progressivo sviluppo delle prime forme di organizzazione sociale che si afferma una maggiore stabilità della coppia; in questo nuovo contesto inizia finalmente a delinearsi la figura del padre, che smette di essere un mero dato biologico per diventare una componente riconosciuta e fondante della famiglia.
Nelle civiltà greca e romana il ruolo paterno assume caratteristiche fortemente autoritarie. In Grecia il padre esercitava un potere assoluto sui figli, potendo persino decidere della loro sopravvivenza, mentre a Roma il pater familias rappresentava il fulcro della vita pubblica e privata, con ampi diritti ma anche il dovere di provvedere al mantenimento della prole. Con il Cristianesimo si assiste a un cambiamento culturale che ridimensiona l'autorità assoluta del padre, attribuendo maggiore valore alla figura del figlio e della madre.
Per secoli ha prevalso il modello patriarcale, fondato sull'autorità maschile e su una rigida divisione dei ruoli familiari. A partire dall'età moderna e, soprattutto, con l'industrializzazione, tale modello inizia a indebolirsi: la crescente emancipazione femminile, la riduzione della distanza tra genitori e figli e la perdita del padre come unico riferimento educativo e lavorativo modificano profondamente la struttura familiare. Le due guerre mondiali accentuano ulteriormente questo processo, allontanando i padri dalla famiglia e contribuendo alla crisi dell'autorità paterna. Anche i regimi dittatoriali e i movimenti femministi influenzano tale trasformazione, favorendo il superamento del tradizionale modello del pater familias e aprendo la strada alla concezione contemporanea di una paternità più partecipativa.
Nel secondo dopoguerra il ruolo del padre subisce una profonda trasformazione. Il reinserimento nel mondo del lavoro, spesso nelle grandi industrie, lo allontana dalla

famiglia, rafforzando il suo ruolo di sostegno economico ma riducendone la presenza nella vita quotidiana dei figli. Alla fine del Novecento emerge così la figura del "nuovo padre", maggiormente coinvolto nella relazione affettiva e nell'accudimento del bambino. Tale cambiamento è favorito dalle profonde trasformazioni sociali e culturali, tra cui la rivoluzione studentesca del 1968[1], che mette in discussione il tradizionale modello patriarcale e promuove una maggiore uguaglianza all'interno della famiglia.

Questi cambiamenti sono accompagnati da processi di individualizzazione, privatizzazione del matrimonio e pluralizzazione delle forme familiari, favorendo una più equa condivisione delle responsabilità genitoriali.[2] La paternità viene così ricondotta al concetto di genitorialità condivisa, in cui il padre assume un ruolo attivo nella cura del figlio fin dalle prime ore di vita. Si afferma la figura del padre primario, capace di instaurare un legame di attaccamento con il bambino e di condividere con la madre le funzioni di accudimento. In questo contesto diventa fondamentale anche il "sentirsi padre", ovvero la capacità dell'uomo di riconoscersi e percepirsi come figura di riferimento e di attaccamento per il proprio figlio.

Nonostante questa evoluzione, il padre contemporaneo continua a confrontarsi con stereotipi culturali legati alla mascolinità. L'utilizzo di termini come "mammo" riflette la difficoltà della società nell'accettare una figura paterna affettuosa e partecipe, ancora spesso giudicata in base ai modelli tradizionali. La paternità moderna si configura quindi come un equilibrio tra presenza, cura e responsabilità, pur in un contesto sociale ancora in evoluzione.

[1] Rivoluzione studentesca del 68: movimento internazionale di protesta contro l'autoritarismo, le disuguaglianze sociali e i valori tradizionali. Gli studenti chiedevano più libertà, diritti, partecipazione democratica e una scuola e società più moderne.

[2] Secondo Anna Laura Zanatta (2003), la crisi della famiglia tradizionale può essere ricondotta a quattro principali processi: l'individualizzazione, che promuove l'autonomia personale e l'autorealizzazione, rendendo più flessibili i legami di coppia; la privatizzazione, che trasforma il matrimonio da istituzione sociale a scelta privata, favorendo la diffusione di convivenze e nuove forme di unione; la pluralizzazione, caratterizzata dalla crescente diversificazione delle strutture familiari (famiglie monogenitoriali, ricostituite e omogenitoriali); e la trasformazione delle relazioni di genere, orientata verso una maggiore parità tra uomo e donna e una più equa condivisione delle responsabilità familiari e genitoriali, pur persistendo disuguaglianze nella pratica.

1.2 I PRIMI 1000 GIORNI

I primi 1000 giorni identificano il periodo che va dal concepimento fino ai primi due anni di vita del bambino. Questo arco temporale comprende quindi la gravidanza, la nascita e i primi 24 mesi di vita. UNICEF[3] considera questo periodo una finestra di opportunità per promuovere la salute e lo sviluppo del bambino e sottolinea come gli interventi rivolti alla prima infanzia possano contribuire a creare le basi per il successivo percorso di crescita.

La rilevanza attribuita a questo periodo è legata ai rapidi processi di sviluppo che caratterizzano i primi anni di vita. La WHO evidenzia infatti che i primi anni rappresentano una fase particolarmente importante per lo sviluppo fisico e mentale del bambino e che, durante questo periodo, il cervello sviluppa nuove connessioni a una velocità che non viene successivamente raggiunta.

La gravidanza costituisce il primo momento dei 1000 giorni. La WHO[4] riconosce l'importanza di intervenire precocemente sulla salute e sulla nutrizione materna e infantile: il periodo compreso tra il concepimento e il secondo compleanno del bambino rappresenta infatti una finestra rilevante per la nutrizione e per la promozione della crescita e dello sviluppo. La salute materna e le condizioni nutrizionali durante la gravidanza rientrano quindi tra gli elementi da considerare nella tutela della salute del bambino fin dalle prime fasi della vita.

Dopo la nascita, l'attenzione si concentra sulla crescita e sullo sviluppo del bambino e sulle condizioni nelle quali questi avvengono. UNICEF sottolinea che, per raggiungere il proprio potenziale di sviluppo, il bambino necessita di un'adeguata nutrizione, di assistenza sanitaria, di protezione, di sicurezza, di opportunità di apprendimento precoce e di cure responsive da parte dei genitori e dei caregiver.

---

[3] UNICEF: Il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia è l'agenzia dell'ONU nata nel 1946 per proteggere e promuovere i diritti dei bambini e adolescenti in tutto il mondo, garantendo loro istruzione, salute, protezione e assistenza.

[4] WHO (*World Health Organization*): in italiano "Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)" è l'agenzia speciale delle Nazioni Unite per la salute, nata il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra. Il suo scopo principale è guidare la salute globale, stabilire norme sanitarie e difendere il diritto alla salute per tutti i popoli.

Un ruolo importante è quindi attribuito alle interazioni tra il bambino e le persone che si prendono cura di lui. La WHO definisce la *responsive care* come la capacità del caregiver di riconoscere i segnali del bambino e di rispondere adeguatamente ai suoi bisogni. Tali interazioni possono avvenire attraverso attività quotidiane come il contatto fisico, lo sguardo, il parlare, il cantare, il gioco e la risposta ai suoni e ai movimenti del bambino. Dunque, queste esperienze contribuiscono a creare le condizioni per relazioni sicure e per l'apprendimento precoce.

Il riferimento ai primi 1000 giorni come finestra di opportunità non significa che lo sviluppo del bambino sia determinato esclusivamente entro i primi due anni; indica piuttosto che si tratta di una fase nella quale è particolarmente importante garantire condizioni favorevoli alla salute, alla crescita e allo sviluppo. La WHO evidenzia infatti che investire nei primi anni rappresenta un'opportunità importante per sostenere il benessere e lo sviluppo dei bambini e delle loro famiglie.

In questa prospettiva, i primi 1000 giorni possono essere considerati anche un periodo particolarmente rilevante per la prevenzione precoce. La WHO sottolinea l'importanza di interventi rivolti alla nutrizione e alla salute fin dal concepimento e nei primi anni di vita, mentre UNICEF evidenzia la necessità di investire precocemente nello sviluppo infantile. L'obiettivo è intervenire sulle condizioni che favoriscono la salute e lo sviluppo già nelle prime fasi della vita, anziché limitare l'attenzione agli interventi successivi.

Considerare i primi 1000 giorni significa quindi prestare attenzione non soltanto al bambino, ma anche alle persone che quotidianamente se ne prendono cura. Secondo la WHO sia i genitori che i caregiver hanno bisogno di sostegno per poter offrire cure responsive e favorire le opportunità di apprendimento e sviluppo del bambino.

Anche i servizi sanitari e quindi il personale sanitario, come le ostetriche, possono contribuire a questo processo sostenendo le famiglie nell'identificazione e nella risposta ai bisogni del bambino.

Questa prospettiva dei 1000 giorni permette di comprendere perché il sostegno al bambino e alle persone che se ne prendono cura debba essere considerato parte integrante delle strategie rivolte alla prima infanzia.

1.3 IL NURTURING CARE FRAMEWORK

Nel 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF e World Bank Group hanno pubblicato il *Nurturing Care Framework for Early Childhood Development*, una cornice di riferimento finalizzata a sostenere lo sviluppo nella prima infanzia attraverso un approccio integrato. Il *Framework* attribuisce particolare rilevanza al periodo compreso dalla gravidanza ai primi tre anni di vita, riconoscendolo come una fase particolarmente sensibile alle influenze dell'ambiente e alle esperienze precoci. L'obiettivo non è quindi soltanto garantire la sopravvivenza e la salute del bambino, ma creare le condizioni affinché possa sviluppare pienamente il proprio potenziale.

La *Nurturing Care* descrive l'insieme delle condizioni necessarie affinché il bambino possa crescere in un ambiente favorevole allo sviluppo. Il *Framework* individua cinque componenti tra loro interconnesse e indivisibili: buona salute, nutrizione adeguata, sicurezza e protezione, *caregiving* responsivo e opportunità di apprendimento precoce.

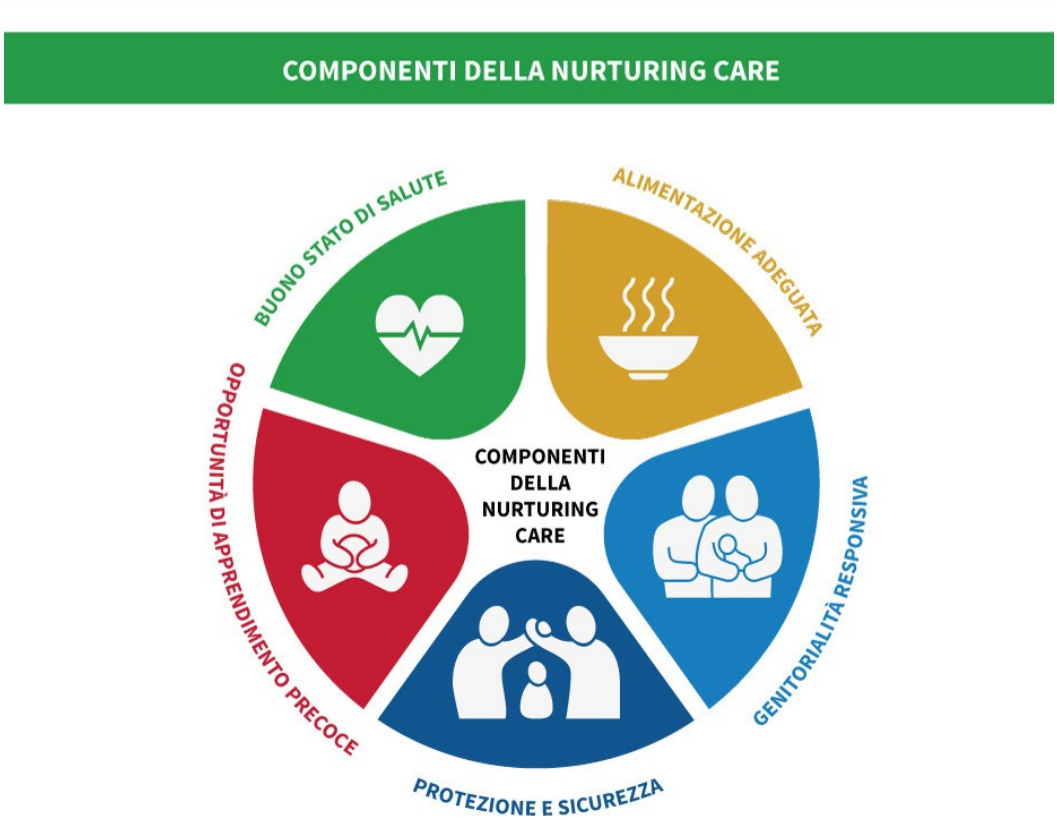


Figura 1: Componenti della *nurturing care*. Fonte: https://www.epicentro.iss.it/materno/primi-mille-giorni-progetto-nurturing-care-2022

Tali componenti agiscono in maniera complementare e concorrono, nel loro insieme, a sostenere la crescita, il benessere e lo sviluppo del bambino.

La buona salute costituisce una condizione essenziale della *Nurturing Care* e comprende sia la salute del bambino sia quella delle persone che se ne prendono cura. Il *Framework* adotta infatti una prospettiva che inizia già durante la gravidanza e prosegue attraverso la nascita e i primi anni di vita, sottolineando l'importanza della prevenzione, della promozione della salute e dell'accesso a cure appropriate.

Anche il benessere dei *caregiver* assume rilevanza, poiché le loro condizioni fisiche e psicologiche possono influenzare la possibilità di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino. La tutela della salute viene quindi considerata all'interno di una prospettiva che comprende non soltanto il bambino, ma anche le persone che partecipano quotidianamente alla sua cura.

La nutrizione adeguata rappresenta un'altra componente fondamentale della *Nurturing Care*. La sua importanza inizia già durante la vita intrauterina attraverso lo stato nutrizionale materno e prosegue dopo la nascita con l'alimentazione del lattante e del bambino piccolo. Una nutrizione appropriata costituisce infatti una condizione indispensabile per la crescita e lo sviluppo durante i primi anni di vita.

Nel modello della *Nurturing Care*, tuttavia, la nutrizione non viene considerata indipendentemente dalle altre dimensioni della cura. La linea guida WHO *Improving early childhood development* raccomanda infatti che il sostegno al *responsive caregiving* e alle opportunità di apprendimento precoce venga integrato negli interventi destinati a promuovere una nutrizione ottimale nei lattanti e nei bambini piccoli.

La possibilità di crescere in condizioni di sicurezza e protezione costituisce la terza componente della *Nurturing Care*. Nei primi anni di vita il bambino dipende fortemente dagli adulti per essere protetto da pericoli, violenza e condizioni ambientali che potrebbero compromettere la sua salute e il suo sviluppo.

Il *Framework* considera quindi necessario un ambiente fisico ed emotivo sufficientemente sicuro e stabile. Tale dimensione non riguarda esclusivamente la prevenzione degli incidenti, ma comprende più in generale la protezione del bambino da condizioni avverse e da esperienze capaci di generare livelli di stress dannosi. La possibilità di garantire sicurezza è inoltre influenzata dal contesto nel quale la famiglia

vive: condizioni come povertà estrema, insicurezza alimentare, violenza o ambienti non sicuri possono rendere più difficile per i *caregiver* rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino. Questa componente evidenzia quindi come la qualità della cura non possa essere ricondotta esclusivamente alle capacità individuali del genitore, ma sia influenzata anche dalle condizioni sociali e materiali nelle quali la famiglia è inserita.

Il *caregiving* responsivo rappresenta una delle componenti maggiormente legate alla dimensione relazionale dello sviluppo. La WHO lo descrive come la capacità del caregiver di osservare, comprendere e rispondere in modo appropriato e tempestivo ai segnali del bambino. Nei primi anni di vita il bambino comunica bisogni, emozioni e interessi attraverso differenti modalità; la capacità dell'adulto di riconoscere tali segnali e fornire una risposta adeguata contribuisce alla qualità dell'interazione che si instaura tra bambino e caregiver. Il *responsive caregiving* non coincide quindi con la sola esecuzione delle attività assistenziali, ma riguarda la qualità delle interazioni che si costruiscono durante le esperienze quotidiane di cura.

L'importanza attribuita a questa componente viene ribadita dalla *guideline* WHO del 2020, la quale raccomanda che tutti i lattanti e i bambini ricevano cure responsive durante i primi tre anni di vita e che genitori e altri caregiver siano sostenuti affinché possano offrirle. Il sostegno al *caregiver* viene quindi riconosciuto come parte integrante degli interventi rivolti allo sviluppo infantile.

Le opportunità di apprendimento precoce costituiscono la quinta componente della *Nurturing Care*. L'apprendimento inizia molto prima dell'ingresso nei contesti educativi formali e si sviluppa attraverso le esperienze quotidiane del bambino. L'interazione con le persone, il gioco, la comunicazione e l'esplorazione dell'ambiente rappresentano occasioni attraverso le quali il bambino acquisisce progressivamente nuove capacità.

Anche questa componente viene ripresa nella linea guida WHO del 2020, secondo cui tutti i lattanti e i bambini dovrebbero avere opportunità di apprendimento precoce insieme ai genitori e agli altri caregiver durante i primi tre anni di vita, e questi ultimi dovrebbero essere sostenuti nella loro partecipazione. *Responsive caregiving* ed *early* learning risultano pertanto strettamente collegati, poiché molte opportunità di apprendimento si realizzano proprio all'interno delle interazioni quotidiane tra bambino e caregiver.

Il *Nurturing Care Framework* rappresenta principalmente una cornice concettuale e strategica. La linea guida *Improving early childhood development*, pubblicata dalla WHO, sviluppa ulteriormente questo approccio formulando quattro raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche. Le prime tre riguardano il *responsive caregiving*, le opportunità di apprendimento precoce e la loro integrazione negli interventi nutrizionali, aspetti sopra descritti.

La quarta raccomandazione introduce invece il sostegno alla salute mentale materna, indicando l'integrazione di interventi psicosociali nei servizi rivolti alla salute e allo sviluppo nella prima infanzia. Questa indicazione evidenzia ulteriormente come il benessere del caregiver rappresenti una condizione rilevante per la possibilità di offrire al bambino cure adeguate e un ambiente favorevole allo sviluppo.

Il passaggio dai principi del *Framework* alla loro applicazione viene approfondito nel documento Operationalizing nurturing care for early childhood development: the role of the health sector alongside other sectors and actors. Il documento attribuisce al settore sanitario un ruolo rilevante nell'attuazione della *Nurturing Care*, poiché i servizi entrano in contatto con bambini e famiglie fin dalle prime fasi della vita e possono integrare il sostegno allo sviluppo all'interno delle attività assistenziali già esistenti.

Allo stesso tempo, la *Nurturing Care* non può essere realizzata esclusivamente attraverso il sistema sanitario. Il Framework promuove infatti un approccio multisettoriale, nel quale il settore della salute opera insieme ad altri ambiti, tra cui nutrizione, educazione e protezione. La possibilità di creare condizioni favorevoli allo sviluppo dipende quindi dall'interazione tra famiglia, servizi e politiche capaci di sostenere concretamente chi svolge funzioni di cura.

In questo quadro, il *Nurturing Care Framework* può rappresentare anche per l'assistenza ostetrica una cornice di riferimento entro cui collocare gli interventi di promozione della salute e sostegno alla genitorialità durante la gravidanza e il periodo postnatale.

La centralità attribuita dal *Nurturing Care Framework* ai genitori e agli altri caregiver evidenzia come la promozione dello sviluppo infantile richieda non soltanto interventi rivolti direttamente al bambino, ma anche condizioni capaci di sostenere coloro che partecipano quotidianamente alla sua cura. Tale prospettiva costituisce il presupposto per

approfondire il contributo delle diverse figure genitoriali e, in particolare, il coinvolgimento paterno nella *Nurturing Care*.

1.3.1 Il coinvolgimento paterno e il progetto PARENT

La centralità attribuita ai caregiver nella *Nurturing Care* rende necessario considerare non soltanto la figura materna, ma anche gli altri adulti che partecipano stabilmente alla cura del bambino. A questo tema WHO e UNICEF hanno dedicato il documento Nurturing care and men's engagement: thematic brief, specificamente rivolto al coinvolgimento degli uomini nella *nurturing care*. Il documento evidenzia come gli uomini, accanto alle madri e agli altri caregiver, possano svolgere un ruolo attivo nella cura dei bambini e sottolinea la necessità di creare condizioni che ne favoriscano la partecipazione. Il coinvolgimento paterno non deve quindi essere inteso soltanto come presenza o sostegno alla madre, ma come possibilità di partecipare direttamente alle responsabilità e alle esperienze di cura del bambino. WHO e UNICEF sottolineano tuttavia che tale partecipazione non dipende esclusivamente dalla volontà individuale, ma può essere favorita o ostacolata dalle norme sociali e di genere, dall'organizzazione dei servizi e dalle politiche rivolte alle famiglie. Per questo motivo, il documento individua quattro ambienti abilitanti: politiche, servizi, comunità e caregiver, evidenziando come la promozione del coinvolgimento maschile richieda interventi capaci di agire contemporaneamente su più livelli.

Nel contesto italiano, un'esperienza significativa è rappresentata dal progetto europeo PARENT – Promotion, Awareness Raising and Engagement of men in Nurture Transformations, sviluppato con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità[5]. Il progetto ha avuto l'obiettivo di promuovere una paternità maggiormente partecipe, la co-genitorialità e una più equa condivisione delle responsabilità di cura, intervenendo anche sulla cultura dei ruoli di genere. Tra le azioni previste vi erano la formazione del personale sociosanitario che entra in relazione con gli uomini dalla gravidanza ai primi anni di vita del bambino e la realizzazione di attività rivolte direttamente ai padri. Nell'ambito di PARENT è stata inoltre elaborata la Guida metodologica "Il padre nei primi mille giorni",

[5] Istituto Superiore di Sanità (ISS): È il principale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale in Italia. Fondato nel 1934, questo ente pubblico di ricerca svolge compiti essenziali di studio, controllo, consulenza e formazione per la tutela della salute pubblica.

rivolta alla formazione delle professioni sanitarie. La guida mira a favorire il coinvolgimento attivo dei padri nel percorso nascita e a promuovere una cultura della co-genitorialità e della condivisione del ruolo di cura. Particolare attenzione viene dedicata anche alla *Nurturing Fatherhood* e all'*Early Child Development*, con l'obiettivo di fornire ai professionisti strumenti utili per riconoscere e includere maggiormente la figura paterna nell'assistenza alla famiglia. Tra le professioni interessate rientra esplicitamente anche l'ostetricia. L'esperienza di PARENT è stata successivamente sviluppata attraverso il progetto 4E-PARENT, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che ne ha raccolto il testimone con l'obiettivo di promuovere una paternità accudente fin dalle prime fasi della vita del bambino. Le quattro "E" sintetizzano i principi alla base del progetto: *Early*, riferito a un coinvolgimento paterno precoce; *Equal*, legato a una partecipazione più equa alla cura; *Engaged*, che richiama un coinvolgimento attivo; ed *Empathetic*, riferito a una modalità di cura empatica e responsiva. 4E-PARENT ha ampliato l'approccio precedente attraverso azioni rivolte non soltanto ai padri, ma anche ai professionisti e ai contesti nei quali la genitorialità viene sostenuta. Tra gli interventi figurano attività formative per il personale sanitario ed educativo, iniziative di comunicazione e sensibilizzazione e azioni volte a contrastare stereotipi di genere che possono limitare la partecipazione degli uomini alle responsabilità di cura. Il percorso che collega PARENT e 4E-PARENT mostra quindi come la promozione della paternità attiva richieda di intervenire non soltanto sul singolo padre, ma anche sui servizi e sui contesti culturali che possono favorirne o ostacolarne il coinvolgimento. Tale impostazione risulta coerente con quanto indicato da WHO e UNICEF, che collocano la partecipazione degli uomini all'interno di un sistema più ampio di condizioni abilitanti. Per l'assistenza ostetrica, queste esperienze offrono una prospettiva particolarmente rilevante: il padre può essere riconosciuto non soltanto come accompagnatore della donna, ma come genitore e caregiver, da coinvolgere in modo appropriato nel percorso di transizione alla genitorialità. Favorirne la partecipazione significa quindi creare occasioni affinché possa assumere progressivamente un ruolo attivo nella cura, all'interno di una prospettiva di maggiore condivisione delle responsabilità genitoriali.

1.4 IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELLA PROMOZIONE DELLA PATERNITÀ ATTIVA

Il ruolo dell'ostetrica nel percorso nascita si è progressivamente ampliato, passando da un'assistenza prevalentemente centrata sulla donna a un modello di cura orientato alla famiglia e alla promozione della genitorialità condivisa. In questo contesto, il coinvolgimento del padre rappresenta un elemento fondamentale per sostenere la costruzione del legame familiare e favorire una partecipazione attiva fin dalla gravidanza. Sebbene il Profilo Professionale dell'ostetrica[6] non citi espressamente la figura paterna, il riferimento agli interventi di educazione sanitaria nell'ambito della famiglia, alla preparazione alla nascita e ai programmi di assistenza materna e neonatale evidenzia come l'assistenza ostetrica non sia rivolta esclusivamente alla donna, ma consideri il contesto familiare nel quale avviene il percorso nascita. Analogamente, il Codice Deontologico dell'ostetrica[7], pur non menzionando in modo specifico il padre, richiama i principi di tutela e assistenza della persona, della coppia, della famiglia e del neonato, promuovendo una presa in carico basata sul rispetto, sulla relazione di cura e sulla continuità assistenziale.

In tale prospettiva, l'ostetrica assume un ruolo centrale nel riconoscere il padre come parte integrante della triade madre-padre-neonato, favorendo il suo coinvolgimento durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, con l'obiettivo di sostenere una genitorialità consapevole e condivisa.

1.4.1 La gravidanza: l'accompagnamento alla genitorialità

L'ostetrica svolge un ruolo fondamentale nell'accompagnare la donna e la coppia durante la gravidanza e il percorso nascita. In questo contesto, il coinvolgimento del partner rappresenta un elemento sempre più rilevante per promuovere una genitorialità consapevole e condivisa.

---

[6] "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o". Decreto Ministeriale n.740 del 14 settembre 1994; pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.6 del 9 gennaio 1995.

[7] Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), Codice deontologico dell'Ostetrica/o, con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale del 18 novembre 2017.

Le Essential Competencies for Midwifery Practice dell'International Confederation of Midwives[8] (ICM) definiscono l'ostetrica come la professionista responsabile dell'assistenza globale alla donna, al neonato e alla famiglia durante il percorso nascita. Tra le competenze fondamentali viene evidenziata la capacità di instaurare una comunicazione rispettosa ed efficace con la donna, la famiglia e la comunità (competenza 1.i), riconoscendo il valore del contesto relazionale in cui avviene la nascita.

Nell'ambito dell'assistenza prenatale, l'ICM attribuisce inoltre all'ostetrica il compito di fornire informazioni e orientamento rispetto alla gravidanza, alla nascita, all'allattamento e alla genitorialità (competenza 3.e). Tale aspetto assume particolare rilevanza poiché la gravidanza rappresenta una fase di transizione nella quale entrambi i genitori sono chiamati a sviluppare nuove competenze e ad assumere nuovi ruoli. L'accompagnamento ostetrico diventa quindi un'opportunità per sostenere la coppia nel percorso verso la genitorialità.

Infine, l'ICM sottolinea il ruolo dell'ostetrica nel sostenere la donna e la famiglia nella pianificazione della nascita (competenza 3.g), favorendo una preparazione consapevole all'evento nascita. In questa prospettiva, il coinvolgimento del partner può rappresentare un elemento importante per favorire una partecipazione paterna più attiva e consapevole fin dalla gravidanza.

Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'assistenza prenatale hanno introdotto un modello che supera una visione esclusivamente clinica della gravidanza, riconoscendola come un'esperienza fisiologica e trasformativa. La qualità dell'assistenza non viene valutata soltanto sulla base degli esiti materno-fetali, ma anche considerando il benessere psicologico, sociale ed emotivo della donna.

Secondo la WHO, l'assistenza prenatale deve essere rispettosa, personalizzata e basata sulle evidenze, promuovendo autonomia, partecipazione alle decisioni e sostegno durante il percorso nascita. In tale prospettiva, la gravidanza rappresenta un momento privilegiato per accompagnare la donna e il suo contesto familiare verso la genitorialità.

[8] *Essential Competencies for Midwifery* (ICM): le competenze essenziali ICM per la pratica ostetrica (2024) delineano l'insieme minimo di conoscenze, abilità e comportamenti professionali richiesti per utilizzare la designazione di ostetrica come definita da ICM quando si entra nella pratica ostetrica. Le competenze sono presentate in cinque categorie che stabiliscono quelle competenze considerate essenziali e che "rappresentano quelle che dovrebbero essere un risultato atteso della formazione pre-servizio ostetrico".

Sebbene non contengano raccomandazioni specifiche sul coinvolgimento paterno, le indicazioni della WHO riconoscono l'importanza del contesto relazionale che accompagna la gravidanza, consentendo di valorizzare il partner come figura significativa nel percorso nascita.

Un ulteriore contributo alla valorizzazione della figura paterna è fornito dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[9] sull'assistenza prenatale nella parte dedicata ai partner: *involving partners*. Tali raccomandazioni sottolineano l'importanza di considerare il partner come possibile figura di supporto durante la gravidanza, favorendone il coinvolgimento secondo le preferenze della donna.

NICE evidenzia inoltre la necessità di rendere i servizi prenatali accessibili e accoglienti anche per i partner, offrendo loro informazioni e opportunità di partecipazione. In particolare, i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) rappresentano un'importante occasione educativa nella quale anche il padre può acquisire conoscenze sulla gravidanza, sul parto, sulla cura del neonato e sulla costruzione del legame genitore-bambino. Tali percorsi favoriscono inoltre la preparazione al ruolo genitoriale e l'acquisizione di competenze, contribuendo al superamento della visione tradizionale del padre come semplice spettatore dell'evento nascita.

In questo contesto, l'ostetrica assume un ruolo fondamentale nel rendere i servizi accoglienti anche per i partner e nel favorire una partecipazione paterna consapevole attraverso l'informazione, l'educazione e il sostegno alla coppia, contribuendo alla costruzione precoce della relazione padre-bambino e ponendo le basi per un coinvolgimento attivo nei primi anni di vita.

Nel complesso, le linee guida di ICM, WHO e NICE evidenziano come l'ostetrica svolga un ruolo fondamentale nel promuovere un'assistenza centrata sulla donna e orientata alla partecipazione della coppia, favorendo il coinvolgimento del partner e sostenendo lo sviluppo di una genitorialità condivisa fin dalla gravidanza.

[9] *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE): è un'organizzazione pubblica indipendente del Regno Unito che crea linee guida e standard di cura per il servizio sanitario nazionale inglese.

1.4.2 Travaglio e il parto: la nascita partecipata

L' Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso il modello di *positive childbirth experience*, secondo il quale l'esperienza del parto non deve essere valutata esclusivamente sulla base degli esiti clinici materni e neonatali, ma anche considerando l'esperienza vissuta dalla donna. Dunque, un'esperienza che soddisfa o supera le aspettative personali e socioculturali della donna, caratterizzata da un ambiente clinicamente e psicologicamente sicuro, dalla presenza di personale competente e rispettoso, dal sostegno pratico ed emotivo e dalla possibilità per la donna di mantenere un senso di controllo e partecipare alle decisioni relative alla propria assistenza.

All'interno di questo modello, la raccomandazione 3 – *Companionship during labour and childbirth* raccomanda che ogni donna possa avere accanto, durante il travaglio e il parto, una persona di sua scelta. La WHO riconosce quindi il sostegno continuo come componente dell'assistenza intrapartum e sottolinea che la persona scelta dalla donna può offrire sostegno emotivo, informazioni e consigli, misure di conforto e assistenza pratica. Tra le possibili figure vengono indicate il partner o coniuge, un familiare, un'amica, una doula[10] o, in alcuni contesti, un operatore sanitario. La scelta deve essere effettuata dalla donna, in relazione alle proprie preferenze e necessità.

Le evidenze considerate dalla WHO mostrano che il sostegno continuo durante il travaglio è associato a una maggiore probabilità di parto vaginale spontaneo, a una minore probabilità di parto vaginale operativo e di taglio cesareo, a una minore durata del travaglio, a una riduzione dell'utilizzo di analgesia e a una maggiore soddisfazione materna rispetto all'esperienza del parto. La presenza della persona scelta dalla donna assume quindi rilevanza non soltanto come forma di sostegno emotivo, ma come componente dell'assistenza durante il travaglio e il parto.

Tra le figure che possono essere scelte dalla donna rientra il partner, rendendo la sua presenza durante il travaglio e il parto una possibilità concreta di partecipazione all'evento nascita. In questo contesto, l'ostetrica può svolgere un ruolo nel favorire una partecipazione consapevole del partner, attraverso l'informazione e l'orientamento durante il percorso assistenziale, nel rispetto delle preferenze e dei bisogni della donna.

[10] Doula: figura assistenziale non sanitaria che offre supporto emotivo, pratico e relazionale alla donna e alla famiglia durante la gravidanza, il parto e il post-partum fino al primo anno di vita del bambino. Dal latino "serva della donna".

Un ulteriore approfondimento è fornito dal documento WHO Companion of Choice during Labour and Childbirth for Improved Quality of Care, che prende in considerazione anche le condizioni necessarie per rendere effettiva la presenza della persona di supporto. Il documento evidenzia che l'attuazione di questa raccomandazione può essere ostacolata da fattori organizzativi, dalle caratteristiche degli ambienti assistenziali, dalle politiche delle strutture e dagli atteggiamenti degli operatori sanitari. Per questo motivo, la WHO sottolinea l'importanza di preparare i servizi e il personale sanitario ad accogliere e integrare il/la *companion* nell'assistenza, attraverso adeguate procedure, formazione e condizioni organizzative.

Particolare attenzione viene inoltre dedicata alle esperienze dei partner maschili da cui la WHO evidenzia che la presenza fisica del partner non coincide necessariamente con una sua effettiva inclusione nel percorso assistenziale.

Alla luce di queste evidenze, l'ostetrica assume un ruolo importante nel creare condizioni assistenziali che permettano al partner di essere adeguatamente accolto e sostenuto durante il travaglio e il parto. L'informazione, la comunicazione e l'orientamento possono favorire una partecipazione del padre coerente con i bisogni e le preferenze della donna, evitando che la sua presenza rimanga esclusivamente passiva.

Nel complesso, le indicazioni della WHO evidenziano l'importanza di un'assistenza durante il travaglio e il parto capace di riconoscere e sostenere la presenza della persona scelta dalla donna. Per l'ostetrica ciò significa non soltanto garantire l'accesso del partner, ma favorire condizioni che ne permettano una partecipazione adeguata, sempre nel rispetto della centralità, delle scelte e dei bisogni della donna. In questa prospettiva, il percorso assistenziale può contribuire a valorizzare una partecipazione paterna più consapevole già a partire dall'esperienza della nascita, facendo assumere all'ostetrica un ruolo di accompagnamento e sostegno alla coppia.

A completamento delle evidenze riportate dalla WHO, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth approfondiscono gli aspetti relazionali e comunicativi dell'assistenza durante il travaglio e il parto. NICE sottolinea infatti che il percorso assistenziale deve essere caratterizzato da rispetto, ascolto e comunicazione efficace,

considerando non solo la donna ma anche la persona che la accompagna (*birth companion*) all'interno del contesto della nascita.

Durante il travaglio, NICE raccomanda che le informazioni relative all'assistenza siano fornite in modo chiaro e comprensibile, coinvolgendo anche il *birth companion* quando appropriato e secondo le preferenze della donna. Inoltre, gli operatori sono invitati ad accogliere la donna e la persona che la accompagna, discutendo aspettative e preferenze rispetto al percorso nascita e favorendo una relazione basata sulla fiducia.

La possibilità per la donna di ricevere il sostegno della persona scelta durante il travaglio e il parto viene inoltre esplicitamente riconosciuta da NICE, che raccomanda di incoraggiare la presenza del/dei *birth companion(s)* scelti dalla donna.

Il ruolo dell'ostetrica non si limita quindi a consentire la presenza del partner, ma comprende la capacità di creare un ambiente assistenziale nel quale questa presenza possa essere adeguatamente integrata, attraverso comunicazione, accoglienza e orientamento.

Nel complesso, le evidenze riportate mostrano come il travaglio e il parto rappresentino momenti significativi non solo dal punto di vista clinico, ma anche nella costruzione delle relazioni familiari e dei nuovi ruoli genitoriali. In questo percorso, l'ostetrica assume un ruolo fondamentale nel garantire un'assistenza centrata sulla donna e, allo stesso tempo, nel creare le condizioni affinché il *birth companion*, che nella maggior parte dei casi può coincidere con il partner, possa partecipare in modo consapevole e rispettoso. Il coinvolgimento paterno durante la nascita può quindi rappresentare una delle prime occasioni concrete di costruzione di una genitorialità condivisa.

1.4.3 Post-partum e puerperio: il supporto alla cura del neonato

Il periodo postnatale rappresenta una fase fondamentale dell'assistenza alla donna, al neonato e alla famiglia, nella quale la cura non si esaurisce nella sorveglianza delle condizioni cliniche, ma comprende anche il sostegno ai genitori nell'affrontare i cambiamenti conseguenti alla nascita e nell'acquisire progressivamente le competenze necessarie alla cura del bambino. Le WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience sottolineano infatti che l'assistenza postnatale deve considerare non soltanto la donna e il neonato, ma anche i partner, i genitori, i

caregiver[11] e le famiglie. La WHO definisce un'esperienza postnatale positiva come quella nella quale donne, neonati, partner, genitori, caregiver e famiglie ricevono in maniera coerente informazioni, rassicurazione e sostegno da parte di operatori sanitari adeguatamente motivati. Le raccomandazioni riguardano il periodo delle prime sei settimane dopo la nascita e sono rivolte anche alle ostetriche e agli altri professionisti coinvolti nell'assistenza postnatale.

All'interno di questo modello, la WHO attribuisce attenzione anche al ruolo del partner. Tra le raccomandazioni viene infatti incoraggiato il suo coinvolgimento nel periodo postnatale, anche attraverso la partecipazione ai controlli, il sostegno alla donna e l'attenzione al neonato. L'obiettivo dell'assistenza postnatale non è quindi limitato alla prevenzione e all'identificazione delle complicanze materne e neonatali, ma comprende anche il sostegno alle famiglie nella costruzione della propria nuova organizzazione e nell'acquisizione di comportamenti appropriati di cura. La WHO sottolinea inoltre l'importanza di sostenere i genitori nell'offrire una cura responsiva al neonato, inserendo il sostegno alla famiglia all'interno della qualità complessiva dell'assistenza postnatale.

Le indicazioni NICE Postnatal care affermano che, quando ci si prende cura del bambino, le persone che hanno la responsabilità genitoriale hanno il diritto di essere coinvolte nella sua cura, se lo desiderano. La stessa linea guida specifica, inoltre, che la donna può essere sostenuta dal proprio partner nel periodo postnatale e che quest'ultimo deve essere coinvolto secondo i desideri della donna. In questo modo NICE distingue il sostegno offerto alla donna dalla partecipazione del genitore alla cura del bambino: il partner può infatti essere coinvolto non soltanto come figura di supporto alla puerpera, ma anche in quanto genitore del neonato.

Il coinvolgimento nella cura presuppone che i genitori dispongano delle informazioni necessarie per poter svolgere tali attività in maniera sicura. NICE raccomanda infatti di fornire ai genitori informazioni riguardanti diversi aspetti della cura del neonato, tra cui il bagnetto e la cura della cute, la cura del moncone ombelicale, l'alimentazione, il *bonding*[12] e l'attaccamento emotivo, il riconoscimento dei segni di malessere, le modalità

[11]Caregiver: persona che presta volontariamente cura ed assistenza ad un proprio caro non autonomo con necessità di ausilio di lunga durata.

[12] Bonding: è un legame profondo, unico e permanente che si instaura tra il genitore e il neonato, iniziando durante la gravidanza e consolidandosi nei primissimi momenti dopo il parto.

per richiedere assistenza, il sonno sicuro, la prevenzione dell'esposizione al fumo e l'integrazione di vitamina D[13] e vaccinazioni secondo le indicazioni previste[14]. Le informazioni devono inoltre essere fornite utilizzando un linguaggio chiaro e devono essere adattate alle necessità e alle preferenze individuali, essere personalizzate, rispettose e basate sulle evidenze.

Queste indicazioni assumono particolare rilevanza quando vengono applicate al coinvolgimento paterno. Il fatto che NICE includa tra i destinatari delle informazioni i *parents* permette infatti di considerare la trasmissione delle conoscenze sulla cura del neonato come un'attività rivolta a entrambi i genitori e non esclusivamente alla madre. Le informazioni relative alle cure quotidiane possono riguardare attività molto concrete e permettere ai genitori di acquisire progressivamente sicurezza nella gestione del bambino. In questo senso, l'educazione postnatale rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali il professionista può sostenere l'autonomia dei genitori nell'assistenza al neonato.

Le linee guida NICE dedicano inoltre specifiche raccomandazioni alla costruzione del legame tra genitori e neonato. Prima e dopo la nascita, i professionisti dovrebbero discutere con i genitori l'importanza del *bonding* e dell'attaccamento emotivo e delle modalità che possono favorire tale processo. I genitori dovrebbero inoltre essere incoraggiati a valorizzare il tempo trascorso con il bambino attraverso l'interazione faccia a faccia, il contatto pelle a pelle e la risposta appropriata ai segnali del neonato. NICE riconosce inoltre che alcuni genitori possono necessitare di un sostegno aggiuntivo nel processo di *bonding* e di attaccamento, anche in relazione a esperienze traumatiche della nascita, stanchezza e privazione del sonno, difficoltà nell'alimentazione o alle richieste legate all'assunzione del ruolo genitoriale.

Tra le modalità di interazione indicate da NICE assume quindi particolare interesse il contatto pelle a pelle[15]. A questo proposito, la *systematic review* Skin-to-Skin Care and Spontaneous Touch by Fathers in Full-Term Infants ha analizzato specificamente le

[13] Integrazione di vitamina D: raccomandata sin dai primi giorni di vita ed è fondamentale per la salute delle ossa e la prevenzione del rachitismo. Il dosaggio consigliato è 400 UI/die. Solitamente la profilassi è proseguita per tutto il primo anno di vita. La modalità di somministrazione è per os.

[14] Vaccinazioni previste: le vaccinazioni obbligatorie comprendono il vaccino esavalente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B e Haemophilus influenzae tipo b; le vaccinazioni raccomandate comprendono lo pneumococco, meningococco B, rotavirus.

[15] Contatto pelle a pelle: pratica che consiste nel posizionare il neonato nudo o con il solo pannolino direttamente sul torace scoperto della mamma o del papà, subito dopo la nascita o nei giorni successivi.

evidenze disponibili sul contatto tattile paterno nei neonati a termine, considerando sia lo *skin-to-skin care* sia il tocco spontaneo durante le interazioni padre-neonato. Gli autori hanno preso in considerazione possibili effetti del contatto paterno su variabili biocomportamentali e psicologiche sia del neonato sia del padre. La revisione evidenzia che gli studi disponibili suggeriscono possibili effetti positivi del contatto paterno per entrambi, pur sottolineando che le evidenze disponibili sono ancora limitate e che questo ambito necessita di ulteriori ricerche.

Lo *skin-to-skin* paterno può quindi essere considerato, come una delle possibili occasioni di interazione precoce tra padre e neonato. Il suo interesse per il percorso assistenziale deriva dalla possibilità di considerare anche il padre come soggetto che può partecipare precocemente alle interazioni tattili con il neonato, quando le condizioni assistenziali lo consentono. L'importanza di sostenere precocemente il coinvolgimento paterno trova ulteriore riscontro nello studio prospettico longitudinale di Shorey et al. Esso ha evidenziato che il coinvolgimento paterno rilevato al momento della dimissione era significativamente associato al coinvolgimento paterno a sei mesi. Gli autori hanno inoltre rilevato un ruolo della *parenting self-efficacy scale*[16], cioè della percezione di efficacia nelle proprie capacità genitoriali, nel coinvolgimento paterno successivo. Nella loro conclusione sottolineano che gli operatori sanitari possono incoraggiare il coinvolgimento paterno attraverso l'insegnamento delle competenze relative alla cura del neonato, soprattutto nei padri alla prima esperienza, che possono presentare una minore familiarità con tali competenze.

Questo studio risulta pertinente rispetto al periodo postnatale perché considera proprio il momento della dimissione come uno dei punti di osservazione del coinvolgimento paterno. Gli autori evidenziano inoltre che i padri coinvolti nella cura del bambino già al momento della nascita tendevano a mantenere un maggiore coinvolgimento anche successivamente. Nel discutere le implicazioni per la pratica, gli autori sottolineano la necessità che i professionisti sanitari coinvolgano i padri durante e dopo il parto e che non vengano trattati come semplici *bystanders*, ma possano essere coinvolti nelle competenze di cura del neonato. Lo studio propone quindi una prospettiva nella quale il periodo

[16] Parenting self-efficacy scale: è scala di autoefficacia genitoriale, nello specifico è un questionario psicometrico che misura la convinzione di un genitore nella propria capacità di svolgere con successo ruoli e compiti genitoriali.

perinatale rappresenta un momento utile per sostenere il padre nell'acquisizione delle capacità necessarie alla cura del bambino.

Alla luce di queste indicazioni il ruolo dell'ostetrica può essere interpretato nell'ambito delle attività di informazione, educazione e sostegno proprie dell'assistenza postnatale.

Le evidenze considerate mostrano come il periodo postnatale possa rappresentare un momento importante per riconoscere entrambi i genitori come partecipanti alla cura del neonato. Questo significa cogliere il puerperio non soltanto come momento di assistenza alla donna e al bambino, ma anche come occasione per sostenere concretamente il padre nell'acquisizione del proprio ruolo genitoriale, attraverso informazioni, educazione e possibilità di partecipare alle prime cure. In questo modo il coinvolgimento paterno può iniziare già nel periodo immediatamente successivo alla nascita, senza che il padre venga considerato esclusivamente come figura di supporto alla puerpera.

1.5 POLITICHE DI SOSTEGNO ALLA PATERNITÀ

In Italia, come in molti altri Paesi, i padri sono sempre più presenti nella vita dei figli fin dalla gravidanza e dal parto, grazie a un cambiamento culturale che ha favorito una maggiore condivisione delle responsabilità genitoriali e alla crescente partecipazione di entrambi i genitori al mondo del lavoro. Nonostante ciò, permane una concezione secondo cui la cura del bambino, soprattutto nei primi mesi di vita, rappresenti prevalentemente una responsabilità materna. Tale visione, unita alla limitata disponibilità di servizi per l'infanzia e alla bassa occupazione femminile, continua a rappresentare un ostacolo al pieno coinvolgimento paterno.

Tra gli strumenti che favoriscono la partecipazione del padre alla cura del bambino rivestono particolare importanza il congedo di paternità e il congedo parentale. In Italia permane ancora un marcato squilibrio tra i congedi riconosciuti alle madri e quelli destinati ai padri. Il congedo di paternità, inizialmente previsto solo in circostanze eccezionali, è diventato un diritto autonomo con la Legge n. 92/2012 ed è stato successivamente stabilizzato nel 2022 con una durata di 10 giorni, corrispondente al minimo previsto dalla Direttiva (UE) 2019/1158.

Nel 2024 il congedo di paternità è stato utilizzato da oltre il 64% dei padri lavoratori dipendenti, confermando una progressiva diffusione di questo strumento. Le elaborazioni di *Save the Children*[17][18] sui dati INPS mostrano che i principali fruitori sono uomini tra i 35 e i 44 anni (52%), con un impiego stabile e residenti prevalentemente nel Nord Italia (59%), mentre il 19% vive nel Centro e il 22% nel Sud. Rimangono quindi differenze legate al territorio e alla tipologia contrattuale, che influenzano l'effettivo accesso al congedo.

I congedi parentali, fruibili da entrambi i genitori entro i dodici anni di vita del figlio per un totale di 10 mesi per ciascun figlio, che diventano 11 se il padre usufruisce di almeno 3 mesi, continuano invece a essere scarsamente utilizzati dai padri. In Italia sono tra i meno retribuiti d'Europa, prevedendo nella maggior parte dei casi un'indennità pari al

[17] *Save the Children*: organizzazione internazionale indipendente che opera in 116 paesi con una rete di 30 organizzazioni nazionali e una struttura internazionale (*Save the Children International*). Nata nel 1919 è un'organizzazione non governativa (ONG) con status consultivo presso il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite. Essa è dedicata alla difesa e alla promozione dei diritti dei bambini e adolescenti.

[18] Elaborazioni Save the Children su dati dell'Osservatorio INPS "Prestazioni a sostegno della famiglia" https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/13/19/o/300 (ultima consultazione 02/2026).

30% dello stipendio, e vengono utilizzati solo dal 15-20% dei padri aventi diritto. Nel 2021, inoltre, appena lo 0,7% dei padri dipendenti ha usufruito del congedo parentale, confermando come gli ostacoli economici, culturali e organizzativi continuino a limitarne l'utilizzo.

Le evidenze dimostrano che politiche di congedo più favorevoli favoriscono una maggiore partecipazione dei padri alla cura dei figli, incrementano l'occupazione femminile e possono contribuire, indirettamente, ad aumentare il tasso di natalità. Tuttavia, la disponibilità di congedi adeguatamente retribuiti rappresenta una condizione necessaria ma non sufficiente, poiché il coinvolgimento paterno è influenzato anche da fattori culturali, sociali e organizzativi.

In questo contesto assume crescente importanza anche il welfare aziendale, il quale attraverso strumenti di conciliazione tra vita lavorativa e familiare può sostenere una più equa distribuzione delle responsabilità di cura. Le misure maggiormente diffuse riguardano la flessibilità oraria (35% delle aziende), il lavoro agile (19,6%) e congedi o permessi aggiuntivi per maternità e paternità (16,5%).

Nel complesso, nel 2024 sono stati 181.777 i padri che hanno usufruito del congedo di paternità. Sebbene il dato confermi una crescente partecipazione dei padri alla cura dei figli, persistono ancora disuguaglianze che rendono necessario rafforzare le politiche di sostegno alla genitorialità, promuovendo una più equa condivisione delle responsabilità di cura e il benessere dell'intera famiglia.

CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questo studio si è proposto di esaminare, attraverso l'analisi di articoli di letteratura, le principali evidenze riguardanti il ruolo del padre nei primi 1000 giorni, le modalità di coinvolgimento paterno durante la gravidanza, il parto e i primi 24 mesi di vita del bambino, alla partecipazione alle cure, alla relazione padre-bambino e ai possibili effetti sul benessere familiare e sullo sviluppo infantile.

2.2 MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura attraverso la banca dati PubMed. Per la costruzione delle stringhe di ricerca sono state utilizzate le parole chiave al fine di ottenere un quesito di ricerca pertinente, utilizzando il metodo P.I.C.O.M.[19] :

P	Paziente/popolazione	Padri o futuri padri durante la gravidanza, parto, post-partum e i primi 24 mesi di vita del bambino
I	Intervento	Coinvolgimento paterno, partecipazione attiva alle cure, relazione padre-bambino, partecipazione a gravidanza e nascita
C	Comparazione	Assenza o basso coinvolgimento attivo paterno
O	Esito	Effetti sul benessere e sviluppo del bambino, benessere della triade
M	Metodo	Revisione della letteratura

Tabella 1: Formulazione del quesito clinico con utilizzo del metodo P.I.C.O.M.

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave, unite dagli operatori booleani:

[19] Metodo PICOM: è un modello che aiuta a formulare in modo strutturato un quesito sanitario, trasformando il problema alla base della ricerca in parole chiave per la costruzione di stringhe bibliografiche mirate. P - *problem/patient/population* (problema/ paziente/popolazione); I - *intervention* (intervento); C - *comparison/control* (confronto/controllo); O - *outcome* (esito); M - *method* (metodo con cui è stata fatta la ricerca).

“("paternal involvement"[Title] OR "father involvement"[Title] OR "fathers' involvement"[Title] OR "father engagement"[Title] OR "paternal engagement"[Title] OR "father-child interaction"[Title] OR "father-child interactions"[Title]) AND (pregnant[Title/Abstract] OR childbirth[Title/Abstract] OR birth[Title/Abstract] OR postpartum[Title/Abstract] OR postnatal[Title/Abstract] OR infancy[Title/Abstract] OR infant*[Title/Abstract] OR "first year"[Title/Abstract] OR "24 months"[Title/Abstract] OR toddler*[Title/Abstract])”.

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Articoli pubblicati dal 2021 al 2026	Articoli pubblicati prima del 2021
Studi riguardanti padri o futuri padri durante gravidanza, parto, post-partum e fino ai 24 mesi di vita del bambino	Studi riguardanti bambini oltre i 24 mesi, se non analizzano specificamente il coinvolgimento paterno avvenuto nei primi 1000 giorni
Studi centrati su coinvolgimento paterno, caregiving, partecipazione alle cure, relazione padre-bambino	Studi in cui il padre è una variabile secondaria o non rappresenta il focus principale
Studi che valutano aspetti del ruolo paterno o possibili effetti su bambino, relazione padre-bambino o famiglia	Studi focalizzati su aspetti genetici, biologici, neuroendocrini o riproduttivi della paternità
Articoli disponibili interamente e gratuitamente	Articoli non disponibili gratuitamente

Tabella 2: Criteri di inclusione ed esclusione per la ricerca degli articoli all’interno delle banche dati

2.3 RISULTATI

Dalla ricerca effettuata secondo i criteri di inclusione ed esclusione sono stati selezionati i seguenti articoli:

Tabella 3: Tabella riassuntiva degli articoli analizzati con Pubmed

TITOLO/AUTORE/ANNO	CANDIDATI	TIPO DI STUDIO	SCOPO	OUTCOME
Investigating the Effect of Implementing a Web-Based Educational Program on Fathers' Involvement in Infant Care 0 to 6 Months. Bagheri M. et al. (2025)	83 padri (42 intervento, : ole un programma ollecanico vivanaleia discenia bassa sui bisagni e sulla crescria del neonala da 6-0 mesi. 41 padri che hanno seguito cure e informazioni standani.	Studio clinico controllato randomizzato in singolo cieco	Valutare l'efficacia di un programma educativo via web sull'aumento del sato coinvolgimento dei padri eeinnrcodci nell'accuddimento del lantinio nei stei primi 6 mesi di vita.	Il coinvolgimento totale del padre nella cura a due, due, quattro e sei mesi dopo il parto era significativamente più alto nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.
Prenatal Readiness for Fatherhood and integrating: coinvolgiments for fatherhood ıl Competenze Aytoglu A. et al. (2025)	126 padri afroamericani non sposati che vivono nel sud-est degli Stati Uniti	Studio longitudinale e osservazionale Latent Profile Analysis (LPA)	Valutare l'impatto della prontezza prenatale e del successivo coinvesativo coinvolgimento sulla sulleppo socio-emotivo del bambino nei primi anni di vita.	I figli di padri con una maggiore prontezza prenatale ed alto coinvolgimento mostrano livelli significativamente più alti di competenza socio- (migliore gestione delle emozioni, minori problemi comportamentali e maggiori abilità relazionali).
Father Involvement in Pregnancy and Postnatal Care, dadin dosl Postnatal carel Fathers, Mothers, and Small e Previders Small A. et al. (2025)	19 padri (±3 a hanun vivendo s ssseens vivendo in gravvialzza e Passisioters post-natale del pastuari, 18 madri, 19 Service Providers	Studio qualitativo ed esplorativo	Comprendere il coinvolgimend paterno unendo paterno unedemendo le proepettive di genitori e operatori per di spetizi per identificare barriere, berrire ed e opportunità per mi migliere coinvolgimento emi servtri di maternıia.	Viene evidenziato il divario tra la volontà dei padri di essere coinheoi e crie bóuri e sisteme coinvolti e l'attuale lattuale sistema suttenia gna mansesa di sooca ns eulsnctı sanlarie che manlarto che manca di sputzfi di dedicati e usa le madri come mediatrici in vitia.
Does father involvement affect attachment and maternal depression and quality of life? a randonized controlled usal Yildirim E et al. (2025)	Insegnare ia eiadri come accuodle il neonan subito specifico sul'attaccamento padre-bambindia post-partumiia naterno che sulle qualità di vitajgio e maternıa. 32 coppie le quali hanno seguito le procedure e l'assistenze steydarti.	Studio clinico controllato randomizzato (RCT)	Indagarree gli effetti del coinvolgimento sul l'attaccaricatiornatanole padre-bambino, sulla depressione post-partum maternnono e sulla qualità dolta vita.	Insegnare ai padri come accudire il neonato subito dopo la nazcita rafforza ruiiu raffbnaaii legame padre-figlio, riduce il rischio di depressione post-partum materna e ne migliora la qualità della
The relationship between fathers' involvements ... mest need-violatingi aeo sinuteri tanile Akca K. et al. (2026)	255 padri	Studio osservazionale analitico di viso trasversale con approccio correlazionale	Determinare l'asseciazione tra il coinvolgimento dei padri e i lfa ticiti del ataccanerione alti di attaccamento paterno-infantile.	Esiste una correlazione positiva e statisticamente significativa tra il coinvolgimento dei padri e i livello di attaccamento del neonato, inentifica cor
Paternity leave duration and Maternal coinvolgimento dei padri, con effetti corielezionalità minimi sui sintomi depressivra materni Hironaka A. et al. (2026)	396 madri giapponesi (244 primipare e 152 multipare)	Studio osservazionale analitico di viso longitudinale	Esaminare l'associazione tra durata del congedo, il coinvolgimento paterno ogiuitoto dalle nouln, lo genitorlità deon: ae grinite madree i sintomi depressivi materni a oo6 6 oli stacciati da 3 a 6 mesi dopo il parto in Giappone.	Un congedo più lungo incrementa il coinvolgimento dei padri, con effetti indiretti mitvenitmmoonsnm or su pootun mifno minimi sui sintomi depressivi materni, sintomi dtgppungo prtiti peare memnottoo la statistica formale.

2.4 ANALISI DEI RISULTATI

Di seguito si presentano gli studi che hanno riportato importanza per la stesura dell'elaborato.

1. ***Investigating the Effect of Implementing a Web-Based Educational Program on Fathers' Involvement in Infant Care 0 to 6 Months***

Disegno di studio: si tratta di uno studio quasi-sperimentale con campionamento a grappolo (cluster).

Obiettivo dello studio: lo scopo di questo progetto è determinare l'efficacia dell'educazione virtuale erogata ai padri nell'aumentare la loro partecipazione attiva alla cura del figlio nei primi 6 mesi di vita. Nello specifico lo studio mira a superare gli ostacoli della formazione tradizionale in presenza, come gli orari lavorativi dei padri e la prevalenza di ambienti sanitari a predominanza femminile poco adatti alla loro presenza fisica, sfruttando uno strumento digitale per informarli sul loro ruolo e sull'impatto fondamentale che la loro presenza ha sullo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale del bambino.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto su 83 partecipanti (divisi in gruppo di intervento di 41 persone e gruppo di controllo di 42) in centri sanitari affiliati alla North Khorasan University of Medical Sciences in Iran. Il coinvolgimento dei padri nella cura dei neonati è stato valutato con un questionario del coinvolgimento del padre nella cura del bambino (riferito dalla madre) in 4 punti di tempo: 3-5 giorni e 2, 4 e 6 mesi dopo la nascita. Sono stati preparati materiali didattici basati sulla crescita e sui bisogni del bambino e sugli ultimi riferimenti e linee guida nazionali, e man mano che il bambino cresceva, venivano insegnati passo dopo passo ai padri usando il messaggero di Soroush mentre le loro domande ricevevano risposte.

Risultati: dallo studio emerge che alla nascita (3-5 giorni), i due gruppi mostravano livelli di coinvolgimento omogenei e senza differenze statisticamente significative. Successivamente, il punteggio medio di coinvolgimento dei padri è risultato significativamente più alto nel gruppo d'intervento rispetto al gruppo di controllo a 2 mesi (60.41 vs 51.28), 4 mesi (65.70 vs 52.26) e 6 mesi (69.26 vs 53.71), con una differenza

statisticamente rilevante ($p<0.001$)[20]. L'analisi delle misurazioni ripetute (ANOVA) ha mostrato un incremento continuo e significativo della partecipazione dei padri nel tempo all'interno del gruppo d'intervento dalla nascita fino ai sei mesi ($p<0.001$). Nel gruppo di controllo, invece, le variazioni nel tempo sono risultate molto più contenute e non significative tra la nascita e i 4 o 6 mesi.

Limiti dello studio: tra i limiti figurano l'impossibilità di controllare del tutto l'influenza di fattori esterni (come l'educazione ricevuta dalle madri nei centri sanitari, il parere di terzi e differenze culturali) e il rischio di scarso interesse/noia dei padri verso i contenuti educativi (mitigato dagli autori usando brevi video e riassunti).

2. ***Prenatal Readiness for Fatherhood, Paternal Engagement, and Child Social-Emotional Competence***

Disegno dello studio: studio prospettico longitudinale condotto su tre rilevazioni temporali: nel secondo o terzo trimestre di gravidanza, a 3–6 mesi dalla nascita e a 12–18 mesi di vita del bambino. I dati sono stati elaborati tramite Latent Profile Analysis per individuare sottogruppi di prontezza paterna, seguiti da modelli di equazioni strutturali per testare esiti a lungo termine ed eventuali effetti di mediazione.

Obiettivo dello studio: valutare come si combinano i diversi fattori di preparazione alla genitorialità nei padri afroamericani non coniugati durante la gravidanza. L'intento primario era verificare se specifici profili di prontezza prenatale potessero predire il successivo coinvolgimento pratico del padre nei primi mesi di vita e lo sviluppo socio-emotivo del bambino a un anno e mezzo, esaminando se il coinvolgimento postnatale fungesse da mediatore.

Materiali e metodi: il campione iniziale comprende 126 padri in attesa, non sposati e residenti in aree rurali della Georgia (USA). Durante la gestazione sono state misurate sei dimensioni tramite questionari autosomministrati: autoefficacia percepita, desiderio di paternità, qualità delle cure ricevute nella propria famiglia d'origine, concezione egalitaria del ruolo paterno, armonia di coppia e disagio economico. A 3–6 mesi dal parto è stato

[20] P-value: Il p-value (valore p) è una misura statistica che ci aiuta a capire se i risultati di un test statistico sono significativi o meno. Se il p-value ≤ 0.001 il test si dice estremamente significativo. Se il $0.001 <$ p-value ≤ 0.01 il test si dice molto significativo. Se il $0.01 <$ p-value ≤ 0.05 il test si dice significativo. Se il p-value > 0.05 il test non è significativo.

quantificato il coinvolgimento paterno in termini di affetto, gioco e accudimento materiale, mentre lo sviluppo socio-emotivo del bambino a 12–18 mesi è stato valutato autonomamente dalle madri tramite il questionario validato BITSEA.

Risultati: l'analisi ha identificato tre profili prenatali, "Alta Prontezza" (55% del campione), "Prontezza Mista" (22%) e "Bassa Prontezza" (23%). I figli dei padri appartenenti al gruppo ad alta prontezza hanno mostrato competenze socio-emotive significativamente migliori a 12–18 mesi rispetto ai figli degli altri gruppi. Sul piano pratico, i padri a prontezza mista hanno garantito più cure materiali al neonato rispetto a quelli a bassa prontezza, ma l'impegno postnatale non ha agito come mediatore statistico tra la preparazione prenatale e il benessere del bambino.

Limiti dello studio: la numerosità campionaria ridotta limita la potenza statistica e ha impedito l'analisi di modelli a più classi. Il reclutamento ristretto a una specifica popolazione rurale statunitense riduce la trasferibilità dei dati ad altri contesti socioculturali. Infine, l'uso prevalente di questionari self-report espone i dati al bias di desiderabilità sociale, mancando parametri osservazionali diretti della diade o il tracciamento della presenza del padre ai controlli ostetrici in gravidanza.

3. Father Involvement in Pregnanacy and Postnatal Care: Combined Perspectives of Fathers, Mothers, and Service Providers

Disegno dello studio: è stato utilizzato un approccio qualitativo per indagare le prospettive e le esperienze di tre gruppi di partecipanti: padri, madri e fornitori di servizi. I dati dei partecipanti di ciascun gruppo sono stati raccolti e analizzati separatamente. I risultati sono stati poi sintetizzati identificando i risultati chiave alla base dei dati del gruppo di partecipanti e amalgamandoli in temi generali.

Obiettivo dello studio: l'obiettivo principale era indagare le prospettive riguardanti il coinvolgimento dei padri nei servizi sanitari durante la gravidanza e nel periodo postnatale (fino ai 12 mesi di vita del bambino). Lo studio mirava specificamente a identificare le barriere e i fattori facilitanti per l'implementazione di un'assistenza sanitaria che sia realmente inclusiva per la figura paterna, raccogliendo i punti di vista di tutti i principali *stakeholder*.

Materiali e metodi: il campione dei genitori comprendeva 4 padri e 10 madri di bambini fino a 12 mesi, reclutati tramite campionamento di convenienza dai servizi di salute materno-infantile in Victoria, Australia. Con loro sono stati condotti focus group online separati tra il 2022 e il 2023. Per quanto riguarda i fornitori di servizi, sono stati reclutati 12 operatori tramite campionamento intenzionale da programmi sanitari già orientati alla coppia, intervistati in modo semi-strutturato tra il 2018 e il 2019.

Risultati: dall'analisi sono emersi quattro temi principali:

1. Reinventare e fare spazio ai padri in un nuovo ruolo: il superamento delle norme culturali e tradizionali per fare spazio a una nuova visione del padre, coinvolto attivamente nella cura e non più visto solo come lavoratore.
2. Costruire una squadra genitoriale: i benefici diretti della partecipazione del padre alle visite, che permette di condividere il carico delle informazioni, supportare la madre e favorire l'interazione diretta con gli operatori sanitari.
3. Un sistema che non supporta il coinvolgimento attivo: l'insieme delle barriere pratiche, come i servizi sanitari storicamente strutturati solo attorno alla diade madre-bambino, gli orari limitati dei servizi, l'inflessibilità degli ambienti di lavoro e le restrizioni di accesso (come avvenuto durante il COVID-19).
4. Immaginare risorse specifiche per i padri e supporto individuale: le raccomandazioni degli stakeholder per migliorare i servizi, tra cui la necessità di un'educazione basata sulle evidenze, risorse e gruppi di supporto specifici per i padri e un'attenzione particolare allo screening della loro salute mentale

Limiti dello studio: lo studio presenta alcune limitazioni, tra cui un bias di campionamento. Gli operatori provenivano da servizi già inclini a coinvolgere i padri, e i genitori partecipanti erano individui con alti livelli di coinvolgimento genitoriale. Il campione dei padri era molto ridotto (n=4) e mancava di diversità, essendo composto solo da neopadri che avevano beneficiato di estesi congedi lavorativi. Infine, la discrepanza temporale nella raccolta dei dati (operatori sanitari nel periodo pre-pandemia 2018-2019 e genitori nel 2022-2023, con l'influenza delle restrizioni COVID-19) richiede cautela nella generalizzazione e trasferibilità dei risultati.

4. Does father involvement affect attachment and maternal depression and quality of life? : a randomized controlled trial

Disegno dello studio: la ricerca si basa su un disegno sperimentale randomizzato e controllato, condotto tra settembre 2021 e giugno 2023. I partecipanti sono stati suddivisi in modo casuale, tramite metodo di randomizzazione a blocchi, in un gruppo sperimentale e in un gruppo di controllo al fine di prevenire bias di selezione.

Obiettivo dello studio: lo scopo è quello di esaminare gli effetti del coinvolgimento del padre sull'attaccamento (o legame) padre-neonato, sull'insorgenza della depressione postpartum nelle madri e sulla qualità della vita postnatale.

Materiali e metodi: il campione finale ha coinvolto 63 coppie di neogenitori al primo figlio, di cui 31 assegnate al gruppo sperimentale e 32 al gruppo di controllo. I padri del gruppo sperimentale hanno ricevuto una formazione specifica sulle cure neonatali della durata di 30-35 minuti entro le prime 1-4 ore dalla nascita, supportata dalla consegna di un manuale cartaceo illustrato. Successivamente, sono stati seguiti telefonicamente alla 2ª, 3ª, 4ª, 8ª e 12ª settimana per monitorare il loro livello di partecipazione e fornire supporto. Il gruppo di controllo è stato sottoposto al monitoraggio telefonico senza ricevere alcun addestramento iniziale. I dati sono stati raccolti mediante moduli informativi, una scheda di misurazione della partecipazione paterna e tre scale validate: la Father-Infant Attachment Scale (FIAS) a 12 settimane, la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) e la Maternal-Postpartum Quality of Life Scale (MPQOLS) a 4, 8 e 12 settimane.

Risultati: i padri appartenenti al gruppo sperimentale che hanno ricevuto la formazione hanno ottenuto punteggi medi significativamente più alti nella scala di attaccamento padre-neonato (FIAS) rispetto ai padri del gruppo di controllo. Le misurazioni sulle madri hanno rivelato che le donne nel gruppo sperimentale presentavano punteggi medi di depressione postpartum (EPDS) significativamente più bassi alla 4ª, 8ª e 12ª settimana rispetto a quelle del gruppo di controllo. Contestualmente, le madri supportate da partner formati hanno registrato punteggi significativamente più elevati relativi alla qualità della vita (MPQOLS) negli stessi intervalli di tempo.

Limiti dello studio: il limite primario evidenziato dagli autori risiede nel fatto che l'indagine è stata condotta all'interno di un singolo centro ospedaliero. I risultati ottenuti

si basano unicamente sulle dichiarazioni riportate (self-report) dai genitori coinvolti. Tali condizioni circoscrivono le conclusioni ai soli partecipanti analizzati, rendendo i dati potenzialmente non generalizzabili a popolazioni più vaste o diversificate.

5. The relationship between fathers' involvement in infant care and infant attachment levels

Disegno dello studio: la ricerca ha utilizzato un disegno descrittivo, trasversale (cross-sectional) e correlazionale, con dati raccolti tra febbraio e dicembre 2022. L'analisi statistica ha impiegato test parametrici (t-test, ANOVA), correlazione di Pearson e modelli di regressione lineare multipla.

Obiettivo dello studio: lo scopo principale dello studio è stato determinare l'associazione tra il livello di coinvolgimento dei padri nelle cure neonatali e la qualità dell'attaccamento padre-neonato.

Materiali e Metodi: il campione era composto da 255 padri reclutati presso sei centri di salute familiare nel sud-est della Turchia, intercettati durante le sedute vaccinali dei propri figli (di età compresa tra 6 e 12 mesi). La raccolta dati è avvenuta tramite interviste faccia a faccia utilizzando tre strumenti: un Modulo di Informazioni Descrittive, il Questionario sul Coinvolgimento dei Padri nella Cura del Neonato (FIICQ) e la Scala di Attaccamento Padre-Neonato (P-IAS).

Risultati: in questo studio, livelli elevati di educazione del padre e della madre, un reddito costante, una durata del matrimonio più breve, un eccellente stato di relazione coniugale, un minor numero di figli e un aumento del tempo trascorso con i neonati sono stati associati a un maggiore coinvolgimento del padre nella cura del bambino e punteggi più elevati di attaccamento paterno-infantile. È stata osservata una correlazione positiva tra il coinvolgimento dei padri nella cura del bambino e l'attaccamento paterno-bambino. Inoltre, i risultati dell'analisi di regressione mostrano che con l'aumentare del coinvolgimento dei padri nella cura del bambino, anche il loro attaccamento con il loro bambino si rafforza.

Limiti dello studio: il disegno trasversale della ricerca non permette di stabilire una relazione di causalità diretta, rendendo impossibile determinare se sia il coinvolgimento a creare l'attaccamento o viceversa. L'utilizzo di questionari auto-somministrati espone i

dati al bias di desiderabilità sociale, poiché i padri potrebbero aver sovrastimato il proprio contributo reale alle cure. Infine, lo studio è stato condotto in uno specifico contesto socioculturale turco, il che limita la trasferibilità e la generalizzabilità dei risultati ad altre culture con diverse aspettative sui ruoli genitoriali.

6. Paternity leave duration and maternal depressive symptoms: a longitudinal study of paternal involvement and coparenting in Japan

Disegno dello studio: la ricerca si basa su uno studio longitudinale osservazionale strutturato in due fasi, somministrato online a 3 e 6 mesi dal parto. I dati sono stati analizzati attraverso un modello di equazioni strutturali (SEM) multigruppo a due ondate per stimare le associazioni strutturali e indirette tra le variabili.

Obiettivo dello studio: lo scopo principale è stato esaminare le associazioni tra la durata del congedo di paternità, il coinvolgimento paterno (riportato dalla madre), la cogenitorialità (coparenting) e i sintomi depressivi materni nel primo periodo postpartum (da 3 a 6 mesi), differenziando l'analisi tra madri primipare e multipare.

Materiali e metodi: il campione analitico finale includeva 396 madri giapponesi, di cui 244 primipare e 152 multipare. La durata del congedo di paternità è stata categorizzata in: nessun congedo, congedo breve (1-31 giorni) e congedo lungo (32 giorni o più). I dati sono stati raccolti esclusivamente tramite i resoconti materni, utilizzando specifiche scale validate per misurare il coinvolgimento paterno nelle cure e nei lavori domestici, la qualità della cogenitorialità (CRS-J) e i sintomi depressivi (CES-D). L'analisi delle associazioni indirette è stata effettuata utilizzando tecniche di bootstrap con 5.000 campionamenti.

Risultati: un congedo di paternità lungo, rispetto all'assenza di congedo, è stato associato a un maggiore coinvolgimento paterno a 3 mesi in entrambi i gruppi di parità, mentre il congedo breve non ha mostrato associazioni evidenti. Il coinvolgimento pratico del padre e la cogenitorialità hanno mostrato una chiara continuità dal terzo al sesto mese. Un'associazione indiretta tra il congedo lungo e minori sintomi depressivi materni a 6 mesi è stata supportata statisticamente solo tra le primipare; tuttavia, le comparazioni formali tra i due gruppi non hanno confermato differenze significative legate alla parità.

Complessivamente, l'associazione indiretta modellata con i sintomi depressivi materni si è rivelata molto ridotta in termini di entità.

Limiti dello studio: il disegno osservazionale a sole due ondate temporali impedisce di stabilire relazioni di causalità o la persistenza degli effetti oltre i 6 mesi. Poiché tutti i dati sono stati riportati dalle madri, i risultati potrebbero essere influenzati da bias di misurazione (come l'influenza dell'umore sulle valutazioni). Lo studio è esposto a fattori di confondimento non misurati legati alla scelta del padre di prendere il congedo (es. flessibilità lavorativa, reddito, coinvolgimento preesistente) e a un bias di logoramento, in quanto i partecipanti usciti dallo studio presentavano punteggi iniziali di cogenitorialità leggermente inferiori. Infine, le dimensioni limitate del campione delle multipare hanno ridotto il potere statistico per l'individuazione di piccole associazioni all'interno di questo sottogruppo.

2.5 DISCUSSIONE

La transizione alla genitorialità e il coinvolgimento paterno rappresentano un processo continuo che ha inizio già durante la gravidanza. La letteratura evidenzia che la *prenatal readiness* del padre, determinata da fattori sinergici quali l'autoefficacia genitoriale, il desiderio di genitorialità e la qualità della relazione di coppia, è positivamente associata allo sviluppo delle competenze socio-emotive del bambino nella prima infanzia. Nonostante i comprovati benefici di una genitorialità condivisa, l'integrazione attiva dei padri nei percorsi di cura incontra ancora diverse barriere pratiche e culturali. I servizi sanitari perinatali risultano storicamente strutturati attorno alla diade madre-bambino, e la partecipazione paterna è spesso ostacolata da orari dei servizi inflessibili, limitazioni imposte dagli ambienti di lavoro e dall'uso di procedure scarsamente inclusive.

In questo contesto, le politiche lavorative e i congedi di paternità giocano un ruolo cruciale nell'agevolare la presenza e la partecipazione del partner. L'utilizzo di un congedo di paternità di lunga durata è direttamente associato a un maggiore coinvolgimento del padre nelle cure del neonato e nei lavori domestici durante i primi mesi di vita del bambino. Questo coinvolgimento pratico precoce favorisce l'instaurarsi di dinamiche di *coparenting* positive, le quali mostrano stabilità e continuità nel corso del primo semestre post-partum.

Il coinvolgimento pratico si traduce in esiti relazionali misurabili, primo fra tutti lo sviluppo del legame di attaccamento. Esiste infatti una forte correlazione positiva tra la partecipazione attiva del padre alla cura fisica del neonato, il tempo dedicato alle attività di gioco e i livelli di attaccamento padre-bambino. I padri che si dedicano maggiormente alle pratiche di sviluppo personale e alla salute del bambino riportano una connessione emotiva più profonda. Questa dinamica è modulata anche da variabili sociodemografiche: padri più giovani, con un livello di istruzione universitario, una stabilità economica, un numero inferiore di figli e una relazione coniugale valutata come eccellente, mostrano livelli significativamente superiori sia di coinvolgimento pratico che di attaccamento.

L'impatto del coinvolgimento paterno si estende in modo determinante anche al benessere materno. La partecipazione attiva del padre alleggerisce il carico di cura della madre e fornisce un supporto fondamentale in caso di difficoltà cliniche o stress. L'implementazione di interventi educativi mirati si è dimostrata una strategia clinica altamente efficace per innescare questo processo virtuoso: i padri che ricevono una formazione specifica sulla cura del neonato nelle primissime ore dopo il parto mostrano livelli di partecipazione e attaccamento nettamente superiori rispetto a chi non riceve tale addestramento. Di riflesso, le madri supportate da partner specificamente formati registrano tassi significativamente inferiori di depressione post-partum e punteggi più elevati relativi alla qualità della vita a 4, 8 e 12 settimane dal parto. Inoltre, un solido rapporto di cogenitorialità nel tempo può fungere da elemento indirettamente associato a un minor rischio di sintomi depressivi materni nel primo semestre.

In sintesi, i risultati emersi dalla letteratura sottolineano la necessità di un'evoluzione nei modelli di assistenza ostetrica e neonatale verso un approccio centrato sull'intera famiglia. È raccomandato lo sviluppo di risorse educative basate sulle evidenze (anche attraverso strumenti digitali e programmi web-based) e specificamente pensate per i padri, da integrare nei protocolli di routine per la cura postnatale e nei programmi di dimissione. Promuovere e facilitare il coinvolgimento del padre attraverso una formazione adeguata, supportata da politiche lavorative e da un'assistenza sanitaria flessibile, permette non solo di rafforzare lo sviluppo infantile e il legame padre-neonato, ma costituisce un fattore protettivo essenziale per la salute mentale della madre e per la qualità della vita dell'intero nucleo familiare.

2.6 CONCLUSIONE

La transizione verso una genitorialità consapevole richiede un ripensamento radicale dell'assistenza perinatale: il passaggio da un modello focalizzato sulla madre a una vera e propria *family-centered care* risulta più che necessario. L'evidenza scientifica dimostra chiaramente che il padre non è una figura di supporto secondaria, ma un co-protagonista il cui coinvolgimento precoce determina esiti di salute misurabili per l'intero nucleo familiare.

Il dato clinico più rilevante emerso è che la competenza paterna non si sviluppa in automatico, ma necessita di essere coltivata attraverso interventi strutturati. Quando i professionisti sanitari forniscono ai padri un'educazione specifica e precoce sulle cure neonatali, si innesca un circolo virtuoso: l'impegno pratico e il tempo dedicato al bambino alimentano un attaccamento padre-neonato profondo e sicuro, mentre la reale condivisione del carico di cura abbatte significativamente il rischio di depressione post-partum e migliora la qualità di vita della madre.

Tuttavia, il potenziale di questa alleanza co-genitoriale è attualmente frenato da barriere sistemiche. La mancanza di politiche lavorative adeguate, come congedi di paternità prolungati, e l'impostazione tradizionale dei servizi ostetrico-neonatali limitano lo spazio di intervento del padre. È pertanto imperativo che le istituzioni sanitarie adottino linguaggi, orari e protocolli operativi realmente inclusivi.

Per la figura dell'ostetrica, questo si traduce in un preciso mandato professionale. L'ostetrica è la figura chiave per scardinare i vecchi paradigmi: accogliere il partner, capirne le emozioni, formarlo attivamente fin dalle prime ore in sala parto e nel puerperio significa investire sulla prevenzione. Promuovere e facilitare il coinvolgimento paterno non è solo un atto di supporto alla singola donna, ma una strategia di salute pubblica fondamentale per garantire il benessere a lungo termine del bambino e dell'intera famiglia.

CAPITOLO 3: PARTE SPERIMENTALE

3.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questo studio si è proposto di esaminare l'esperienza e la percezione dei padri, con figli fino a 24 mesi della regione Marche, nei confronti del proprio ruolo nei primi 1000 giorni di vita del bambino, valutando quello che è il loro reale coinvolgimento precoce in ambiti quali la cura quotidiana, il sonno, l'addormentamento e l'interazione. Lo studio mira anche ad analizzare la complessa transizione alla paternità, indagando l'impatto del rientro al lavoro, gli ostacoli organizzativi riscontrati, il supporto ricevuto e la consapevolezza genitoriale acquisita.

3.2 MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto tramite la somministrazione di un questionario, redatto attraverso la piattaforma Google Moduli, rivolto ai padri che vivono nelle Marche con figli tra 0 e 24 mesi. Il questionario è stato approvato dalla Direttrice Adp del corso di Laurea triennale in Ostetricia dell'Università Politecnica delle Marche. I quesiti sono stati elaborati prendendo come riferimento le evidenze scientifiche discusse nel secondo capitolo, dedicato alla revisione della letteratura.

Il modulo è composto da diverse sezioni, nello specifico:

- Informazioni sociodemografiche: include quesiti a risposta chiusa volti a rilevare età, titolo di studio, situazione familiare, professione e numero di figli.
- Percezione del ruolo paterno: tramite una scala Likert a quattro punti, con valori da uno a quattro, si indaga il livello di autopercezione come caregiver attivo, il grado di indipendenza nelle cure e il livello di inclusione nelle decisioni che riguardano il figlio o la figlia.
- Supporto e transizione alla paternità: mediante scala Likert da uno a quattro punti si valuta il livello di preparazione percepito, l'accesso a informazioni adeguate sul ruolo paterno, la volontà di ricevere maggiore sostegno durante la transizione e il supporto effettivamente ricevuto. In caso di risposta affermativa ai quesiti precedenti, domande a risposta chiusa approfondiscono le specifiche fonti informative e le figure di riferimento.

- Lavoro e congedo: attraverso una scala Likert da uno a quattro punti si analizza il grado di soddisfazione relativo al congedo parentale, la complessità nel conciliare impegni lavorativi e compiti di cura, la gestione del rientro al lavoro e la presenza di un contesto lavorativo supportivo verso la genitorialità.
- Coinvolgimento precoce: una prima domanda a risposta chiusa indaga la pratica del contatto pelle a pelle. I successivi quesiti a scelta multipla, con le opzioni mai, raramente, spesso e sempre, valutano la partecipazione alle cure quotidiane e la gestione dei momenti di disagio del neonato, quali il pianto.
- Sonno e addormentamento: tramite domande a risposta multipla con opzioni mai, raramente, spesso e sempre, si quantifica la dedizione alla routine serale e all'addormentamento. I quesiti successivi esaminano il coinvolgimento nella gestione dei risvegli notturni e la facilità nel riaddormentare il bambino.
- Interazione e stimolazione: una scala Likert da uno a quattro punti rileva il sentirsi a proprio agio nel gioco e il valore attribuito a tale momento per la relazione con il figlio. Con opzioni di frequenza mai, raramente, spesso e sempre, si indagano inoltre l'abitudine alla lettura di libri e la frequenza delle interazioni verbali.
- Tempo e ostacoli: mediante scala Likert da uno a quattro punti si esplora il desiderio di disporre di maggior tempo da dedicare ai figli, l'eventuale sensazione di stanchezza durante il gioco, la difficoltà nel comprendere come impostare l'attività ludica e il limite posto dagli impegni lavorativi.
- Consapevolezza genitoriale: tramite scala Likert da uno a quattro punti si valuta l'importanza attribuita al gioco per lo sviluppo infantile, la percezione della propria competenza ludica e l'interesse a prendere parte a incontri o iniziative dedicate ai padri.

3.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

I questionari sono stati inoltrati alla popolazione tramite l'uso di canali social. Uno dei social utilizzato per la diffusione è stato Facebook che ha permesso di inoltrare i questionari in numerosi gruppi di padri, mamme e neogenitori. Sono state poi utilizzate le piattaforme Instagram e Whatsapp attraverso la condivisione dei questionari in chat private. L'indagine è stata svolta dal ventotto aprile 2026 al ventotto settembre 2026. Il

criterio di inclusione adottato per il reclutamento del campione prevede che il padre abbia uno/a o più figli/e di età compresa tra 0 e 24 mesi e che vivano nelle Marche. Hanno partecipato all'indagine 102 unità.

3.4 ANALISI DESCRITTIVA DEI RISULTATI

Le prime cinque domande del questionario sono volte alla raccolta di informazioni sociodemografiche. Il primo quesito indaga l'età dei padri. Il 3,0% (n=3) ha un'età fino a 25 anni, l'11,9% (n=12) ha un'età compresa fra i 26 e i 30 anni. Il 27,7% (n=28) ha un'età compresa fra i 31 e i 35 anni, mentre il 37,6% (n=38) ha un'età compresa fra i 36 e i 40 anni. Il 15,8% (n=16) dei padri ha fra i 41 e i 45 anni. Il 4,0% (n=4) possiede 46 anni o più.

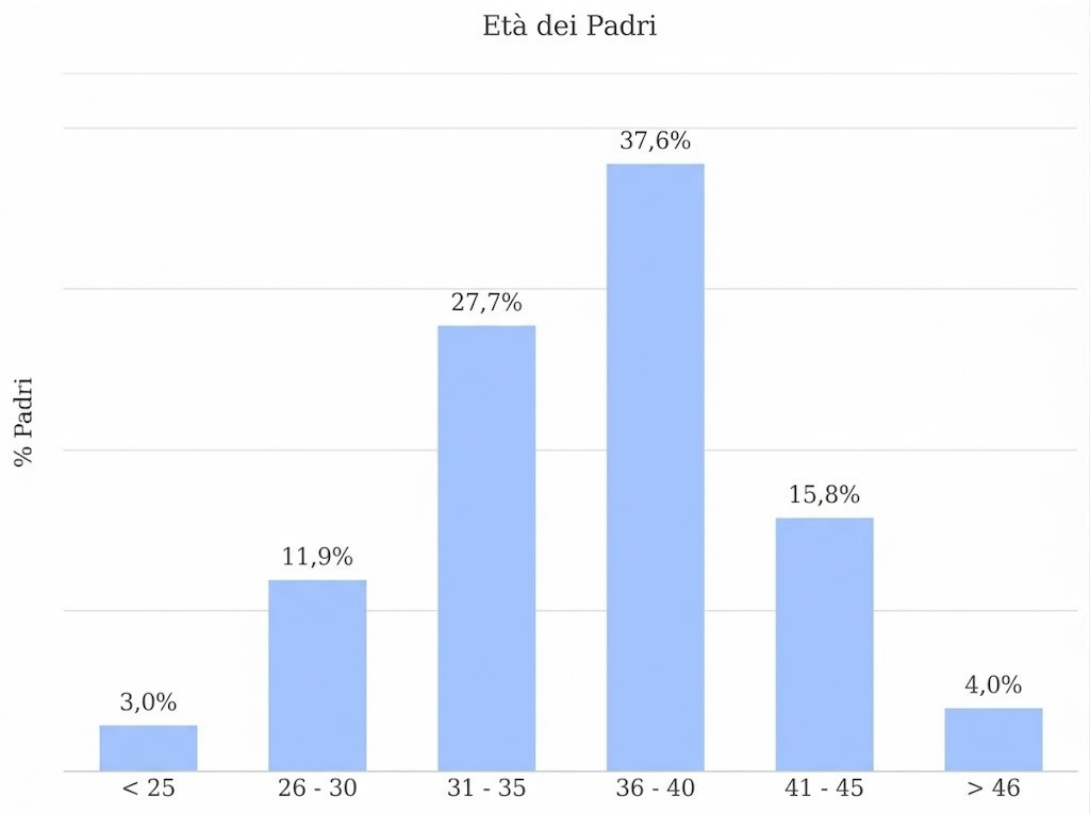


Grafico 1: distribuzione dell'età del campione

Attraverso la seconda domanda sono stati raccolti i dati relativi al titolo di studio di ogni padre. Il 53,9% (n=55) possiede il Diploma di scuola superiore. Il 20,6% (n=21) ha conseguito la Laurea Magistrale/Specialistica, mentre il 10,8% (n=11) possiede un

Diploma universitario/laurea triennale. Il 3,9% (n=4) ha il Diploma di scuola media inferiore e un ulteriore 3,9% (n=4) ha conseguito un Master universitario di 1° e 2° livello. Il 2,9% (n=3) possiede una Laurea a ciclo unico e un altro 2,9% (n=3) ha un Dottorato di ricerca. Infine, l'1,0% (n=1) ha frequentato Scuole di specializzazione. Infine lo 0% (n=0) ha una licenza elementare.

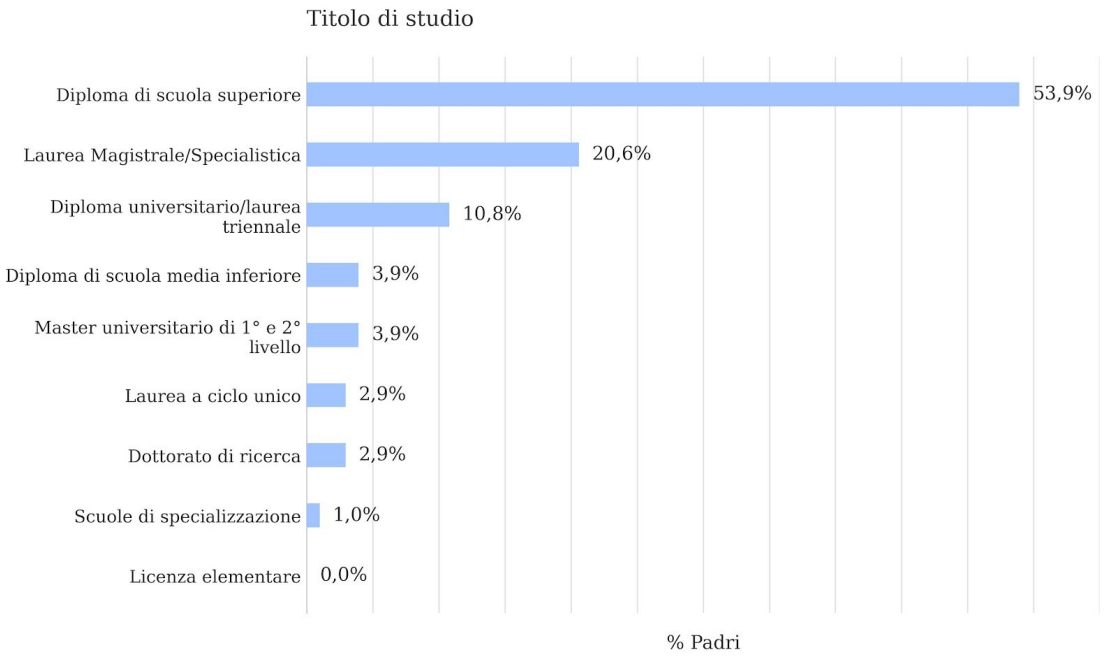


Grafico 2: Distribuzione del titolo di studio del campione

Il terzo quesito indaga la situazione familiare dei padri. Il 55,9% (n=57) dichiara di essere coniugato, mentre il 38,2% (n=39) risulta convivente. Il 2,9% (n=3) dei padri si dichiara separato e un ulteriore 2,9% (n=3) risulta celibe. Infine, le opzioni divorziato e vedovo non hanno registrato alcuna preferenza, attestandosi entrambe allo 0% (n=0).

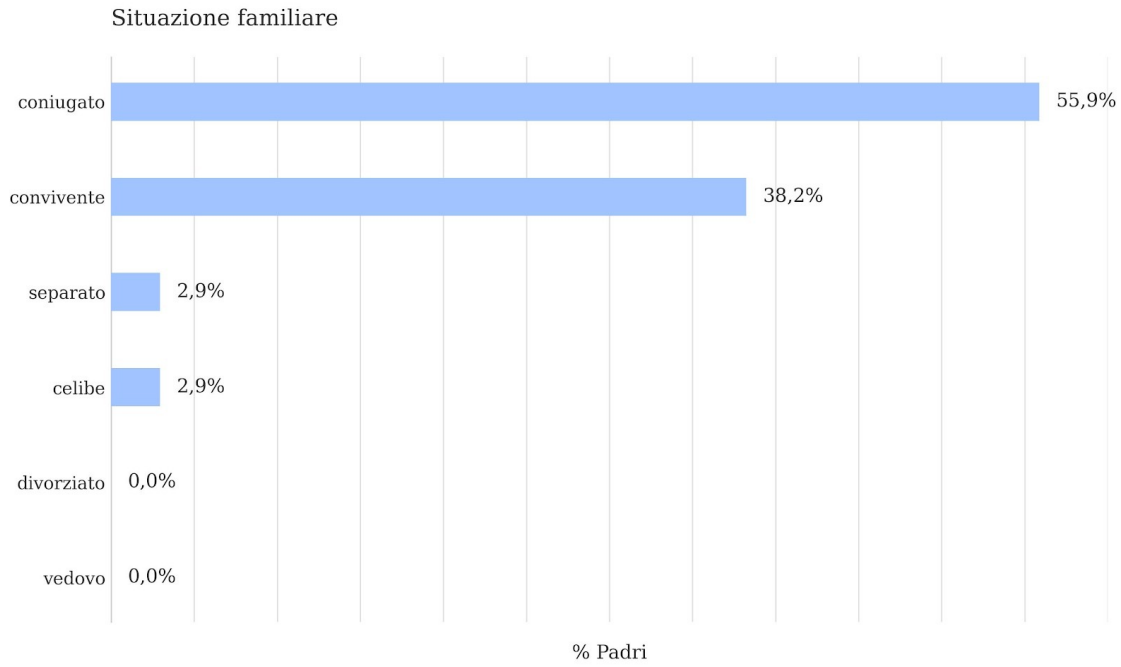


Grafico 3: Distribuzione della situazione familiare del campione

La quarta domanda ha indagato la professione svolta dai partecipanti all'indagine. Dal grafico emerge come il 27,5% (n=28) è impiegato come lavoratore dipendente, mentre il 25,5% (n=26) lavora come operaio dipendente. Il 14,7% (n=15) è un imprenditore o libero professionista e l'11,8% (n=12) ricopre un ruolo direttivo o dirigenziale come lavoratore dipendente. Il 10,8% (n=11) è impiegato nella pubblica amministrazione. Il 2,0% (n=2) lavora rispettivamente nei seguenti settori: altro lavoratore dipendente in agricoltura, caccia e pesca; commercio, pubblici servizi e alberghi; altri servizi privati; e altro lavoratore autonomo. L'1,0% (n=1) è disoccupato e un ulteriore 1,0% (n=1) è studente. Infine, le opzioni casalingo e pensionato non hanno registrato alcuna preferenza, ossia 0% (n=0).

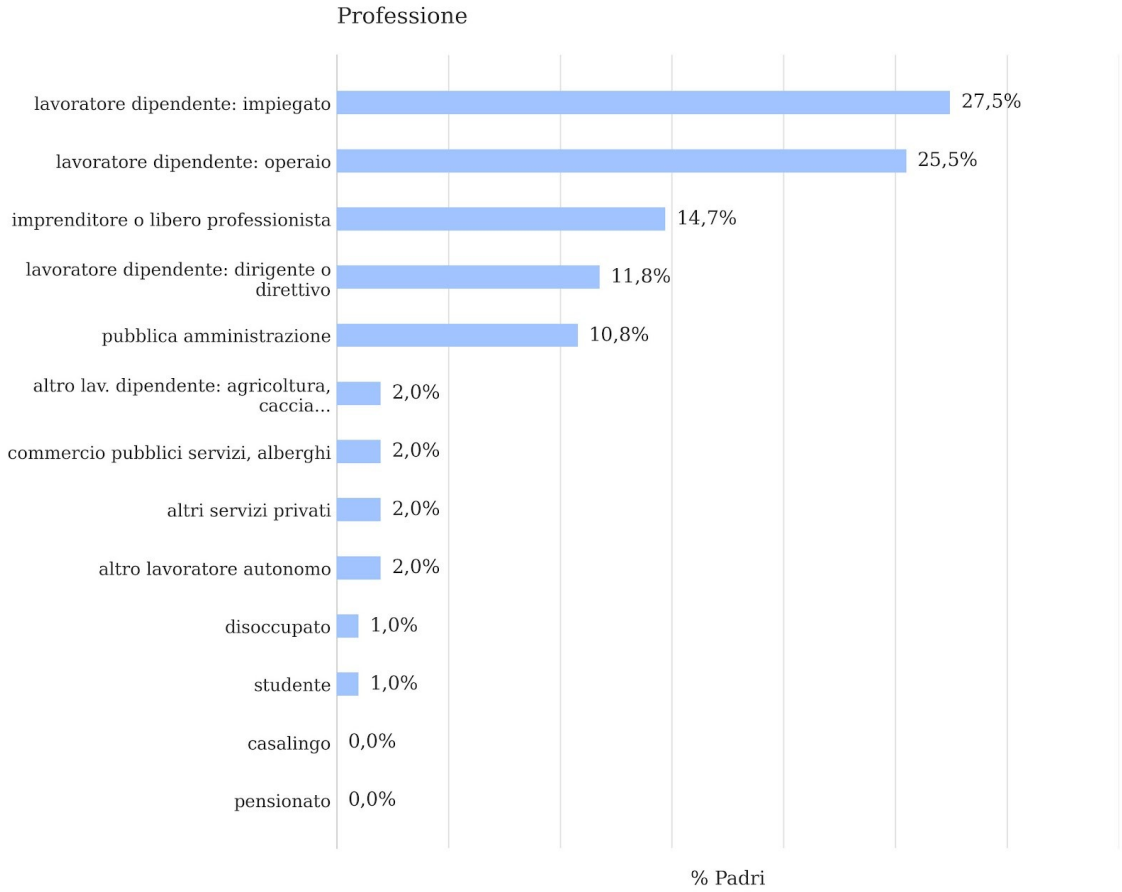


Grafico 4: Distribuzione della professione del campione

La quinta domanda è volta a conoscere il numero di figli per ogni partecipante. La maggioranza del campione, pari al 52,0% (n=53), dichiara di avere un solo figlio. Il 37,3% (n=38) è padre di due figli, mentre l'8,8% (n=9) ne ha tre. Infine, si registra una percentuale dell'1,0% (n=1) per i padri con quattro figli e un ulteriore 1,0% (n=1) per coloro che hanno cinque figli.

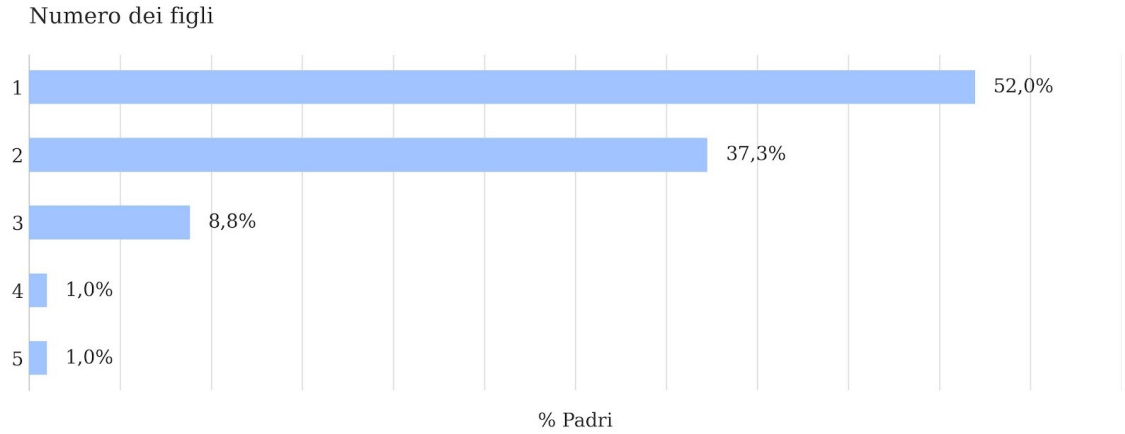


Grafico 5: Distribuzione del numero di figli dei partecipanti

Il sesto quesito inaugura la seconda sezione del questionario, dedicata alla percezione del ruolo paterno, e indaga quanto i partecipanti si sentano *caregiver* attivi nella cura del proprio figlio. Tutte le domande che prevederanno l'utilizzo di una scala Likert utilizzeranno un punteggio da 1 a 4. Il valore 1 corrisponderà all'espressione "Fortemente in disaccordo", il valore 2 corrisponderà all'espressione "In disaccordo", il valore 3 starà per "D'accordo" e il valore 4 per "Fortemente d'accordo". Esattamente la metà del campione, pari al 50,0% (n=51), si dichiara "Fortemente d'accordo" con l'affermazione proposta. Il 32,4% (n=33) si dichiara "D'accordo". D'altro canto, il 16,7% (n=17) dei padri si posiziona sull'opzione "In disaccordo". Infine, soltanto l'1,0% (n=1) degli intervistati si dichiara "Fortemente in disaccordo".

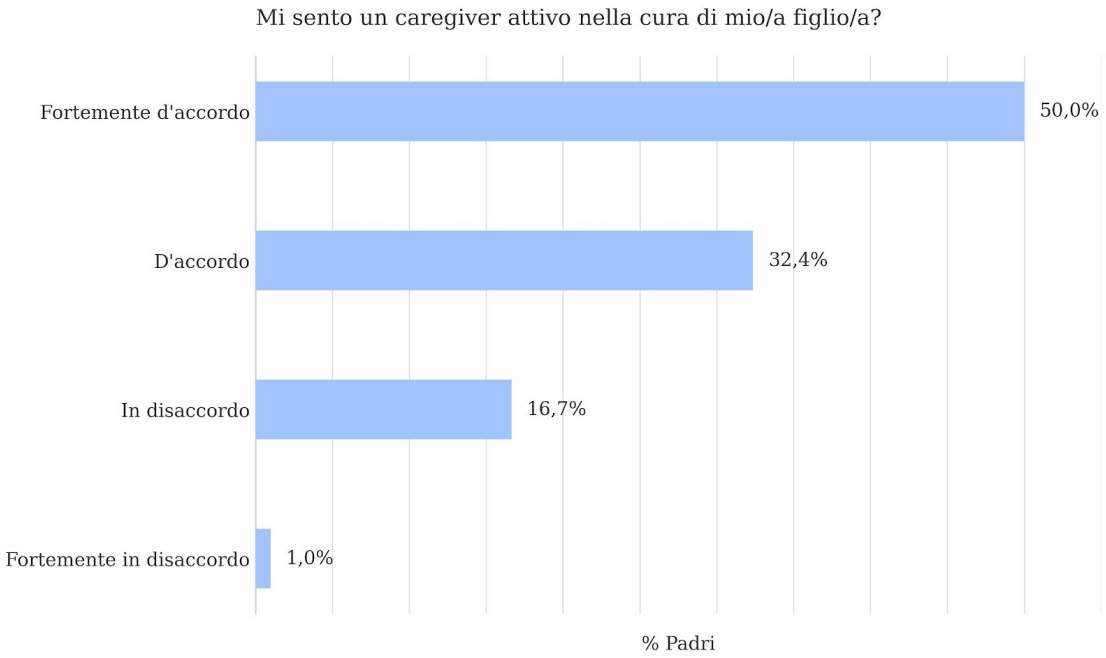


Grafico 6: Distribuzione del livello di percezione dei partecipanti come caregiver attivi

Il quesito numero 7 è volto a conoscere quanto i partecipanti si sentano indipendenti nella cura del proprio figlio. Il 39,2% del campione (n=40) si dichiara "Fortemente d'accordo" con l'affermazione proposta. Segue un 35,3% (n=36) che si posiziona sull'opzione "D'accordo". Al contrario, il 21,6% (n=22) afferma di essere "In disaccordo". Infine, una quota minoritaria pari al 3,9% (n=4) si dichiara "Fortemente in disaccordo".

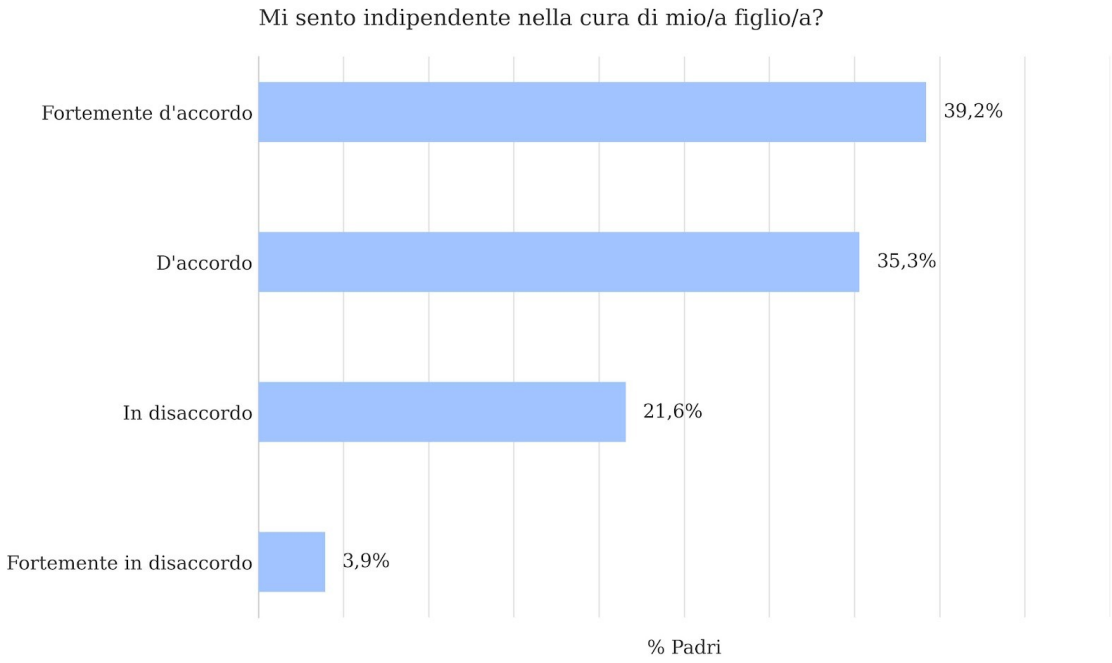


Grafico 7: Distribuzione del livello di indipendenza dei partecipanti nella cura del/della figlio/a

L'ottavo quesito indaga quanto i padri si sentano inclusi nelle decisioni riguardanti il/la proprio/a figlio/a. La maggioranza del campione, pari al 62,7% (n=64), si dichiara "Fortemente d'accordo" con questa affermazione. Segue un ulteriore 29,4% (n=30) che si dichiara "D'accordo". Il 5,9% (n=6) dei partecipanti si posiziona sull'opzione "In disaccordo". Infine, il 2,0% (n=2) degli intervistati si dichiara "Fortemente in disaccordo".

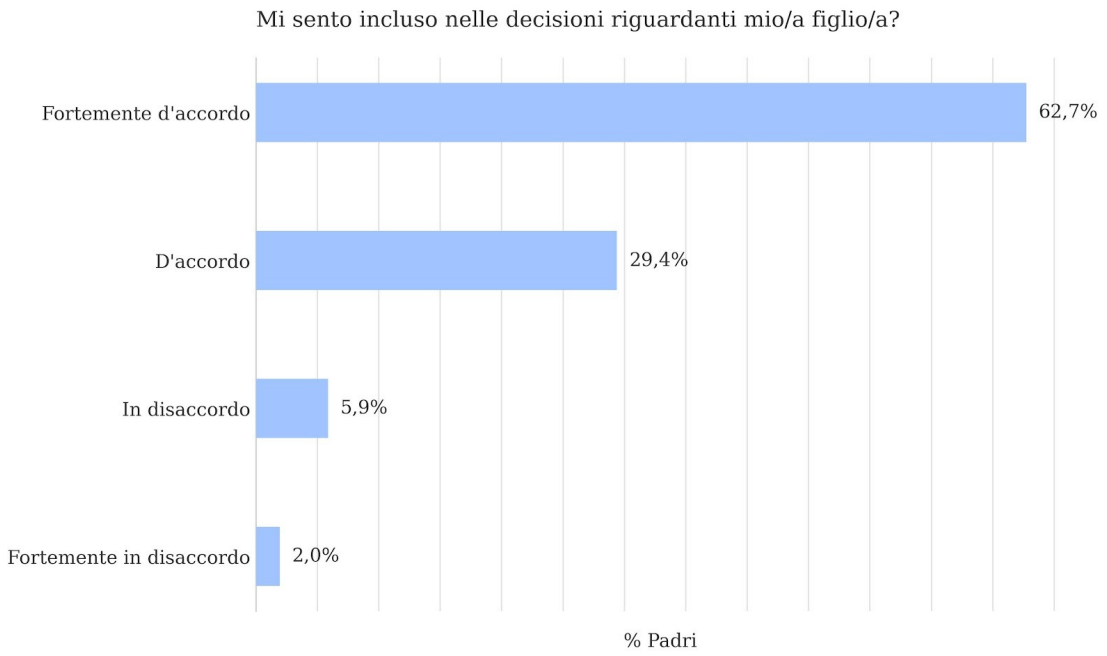


Grafico 8: Distribuzione del livello di inclusione dei partecipanti nelle decisioni riguardanti il/la figlio/a

La nona domanda dà inizio alla terza sezione riguardante il supporto e la transizione alla paternità. Questo quesito è volto a conoscere quanto i padri si siano sentiti preparati ad affrontare la paternità. La percentuale maggiore del campione, pari al 33,3% (n=34), si dichiara "D'accordo" con l'affermazione proposta, seguita da un 28,4% (n=29) che si dichiara "Fortemente d'accordo". D'altro canto, una quota al 31,4% (n=32), afferma di essere "In disaccordo". Infine, il 6,9% (n=7) degli intervistati si posiziona sull'opzione "Fortemente in disaccordo".

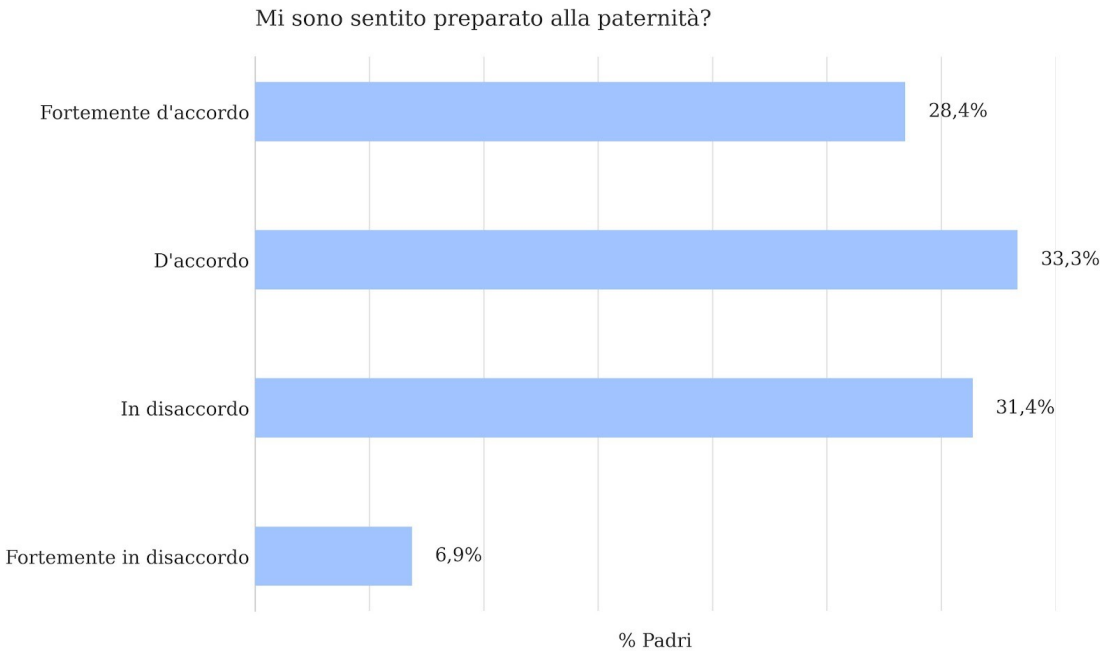


Grafico 9: Distribuzione del livello di preparazione percepita dal campione alla paternità

Il decimo quesito ricerca se i partecipanti ritengano di aver avuto accesso a informazioni adeguate sul proprio ruolo di padre. La percentuale relativa all'opzione "In disaccordo" rappresenta la quota maggiore, pari al 34,3% (n=35). Un 32,4% (n=33) dei padri si dichiara "D'accordo" con l'affermazione proposta. I due estremi della scala presentano lo stesso esatto valore: il 16,7% (n=17) degli intervistati si dichiara "Fortemente d'accordo", mentre un ulteriore 16,7% (n=17) si posiziona sull'opzione "Fortemente in disaccordo".

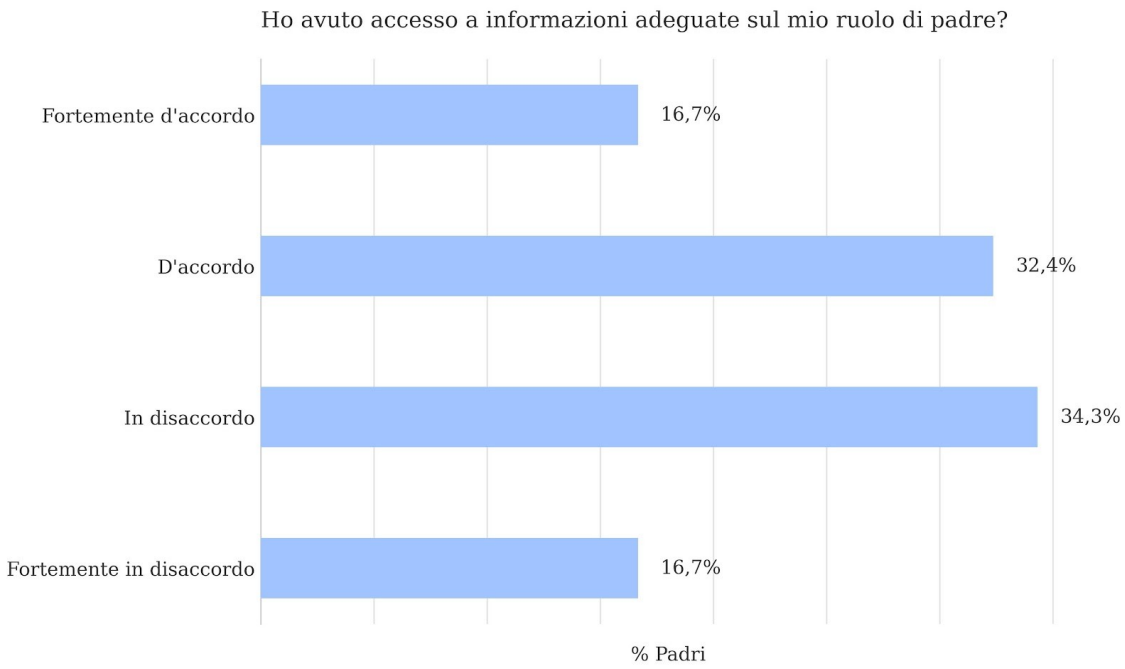


Grafico 10: Distribuzione dell'accesso a informazioni adeguate sul ruolo paterno

La successiva domanda indaga le fonti da cui i partecipanti hanno ottenuto informazioni riguardo alla paternità. Trattandosi di una domanda a risposta multipla, le percentuali riflettono la quota di padri che ha selezionato ciascuna opzione rispetto al totale del campione (n=102). La fonte più consultata risulta essere il "passaparola", indicata dal 55,9% (n=57) degli intervistati. I canali digitali rivestono un ruolo di primo piano: il 34,3% (n=35) fa affidamento sui "social network", seguiti dal 32,4% (n=33) che consulta "siti web". Una quota rilevante del campione, pari al 29,4% (n=30), dichiara di essersi rivolta a "esperti" del settore, mentre il 22,5% (n=23) ha attinto a "libri e pubblicazioni specialistiche". Infine, le fonti meno utilizzate risultano essere "podcast e video" (14,7%, n=15), "quotidiani e riviste cartacee" (3,9%, n=4) e i "telegiornali e radio" (2,9%, n=3).

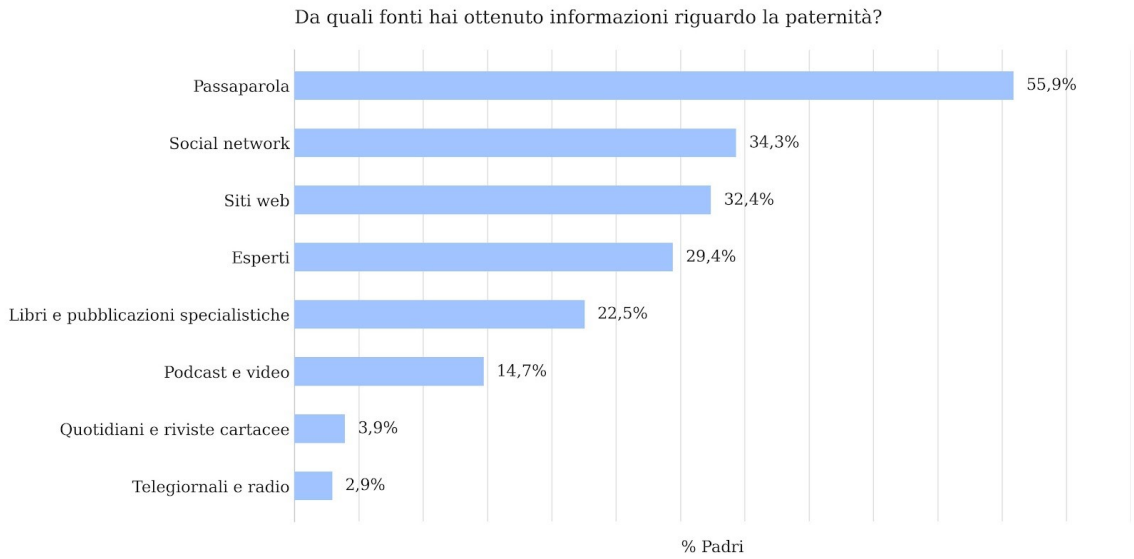


Grafico 11: Distribuzione delle fonti dalle quali il campione ha ottenuto informazioni riguardo la paternità

La dodicesima domanda ricerca se i partecipanti avrebbero avuto bisogno di un maggiore supporto dopo la nascita del figlio. La percentuale più alta, pari al 27,5% (n=28), si posiziona sull'opzione "In disaccordo". A ridosso di questo dato, il 26,5% (n=27) si dichiara "D'accordo" nell'esprimere il bisogno di maggiore aiuto. Infine, gli estremi della scala registrano: il 25,5% (n=26) si dichiara "Fortemente in disaccordo", mentre il 20,6% (n=21) afferma di essere "Fortemente d'accordo" con l'esigenza di ricevere più supporto.

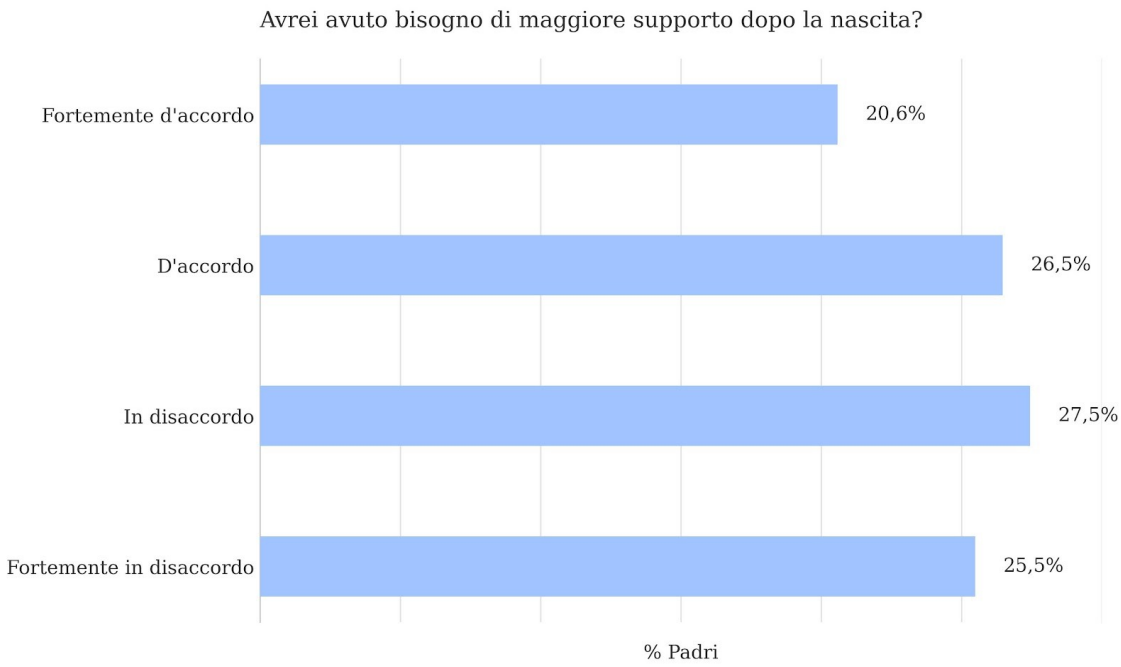


Grafico 12: Distribuzione del bisogno percepito dai partecipanti di maggiore supporto dopo la nascita

Il tredicesimo quesito indaga se i padri ritengano di aver ricevuto un supporto adeguato durante il delicato periodo di transizione alla genitorialità. La maggioranza relativa del campione, pari al 37,3% (n=38), si posiziona sull'opzione "In disaccordo". A questa percentuale si contrappone un 32,4% (n=33) che si dichiara invece "D'accordo" nell'affermare di aver ricevuto un aiuto sufficiente. Il 16,7% (n=17) dei partecipanti si dichiara "Fortemente in disaccordo", mentre la quota minoritaria, pari al 13,7% (n=14), ha selezionato l'opzione "Fortemente d'accordo".

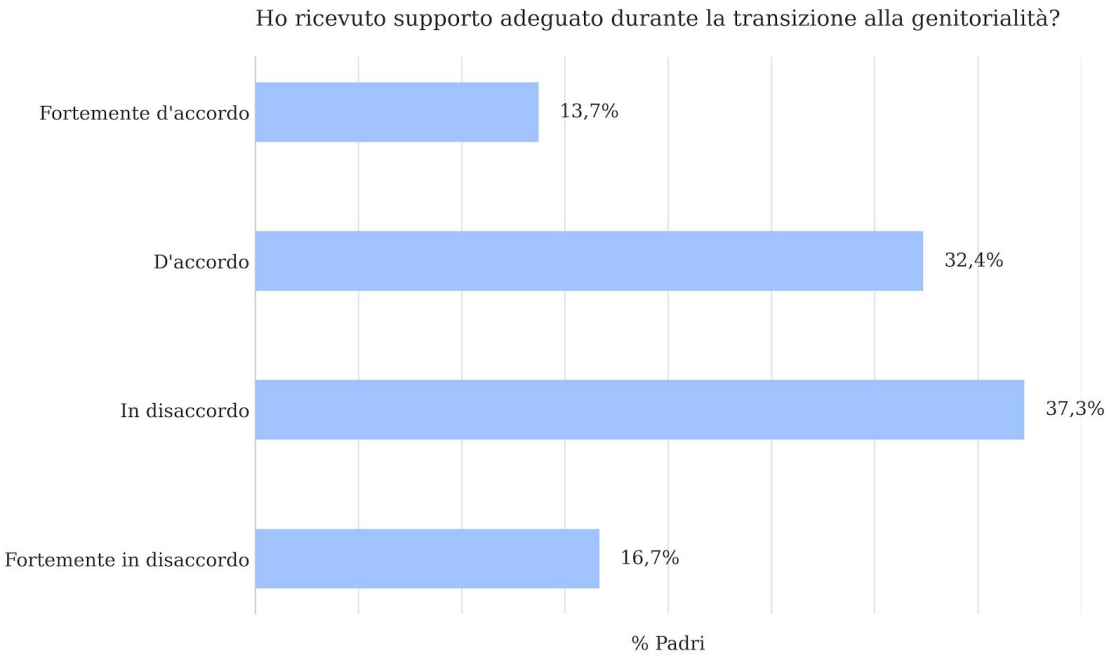


Grafico 13: Distribuzione del livello di percezione dei padri di aver ricevuto supporto adeguato durante la transizione alla genitorialità

La domanda numero 14 è volta ad indagare da quali figure i partecipanti abbiano ricevuto supporto durante la transizione alla genitorialità. Trattandosi di una domanda a risposta multipla, le percentuali illustrano la porzione di padri che ha selezionato ciascuna opzione rispetto al totale del campione (n=102). Il nucleo primario di supporto risulta essere la "rete familiare" indicata con il 66,7% (n=68). Un ruolo significativo è svolto anche dagli "amici", segnalati dal 32,4% (n=33) dei padri. Per quanto concerne le figure professionali e sanitarie, la figura di riferimento principale è l'"ostetrica", con il 30,4% (n=31), seguita dal "pediatra", selezionato dal 21,6% (n=22) degli intervistati. Quote inferiori si registrano per il supporto ricevuto tramite il "consultorio" (14,7%, n=15) e dal "ginecologo/a" (8,8%, n=9). Infine, le risorse meno consultate includono lo "psicologo" (6,9%, n=7), l'"infermiere" (5,9%, n=6) e i "gruppi di auto-mutuo aiuto" (1,0%, n=1).

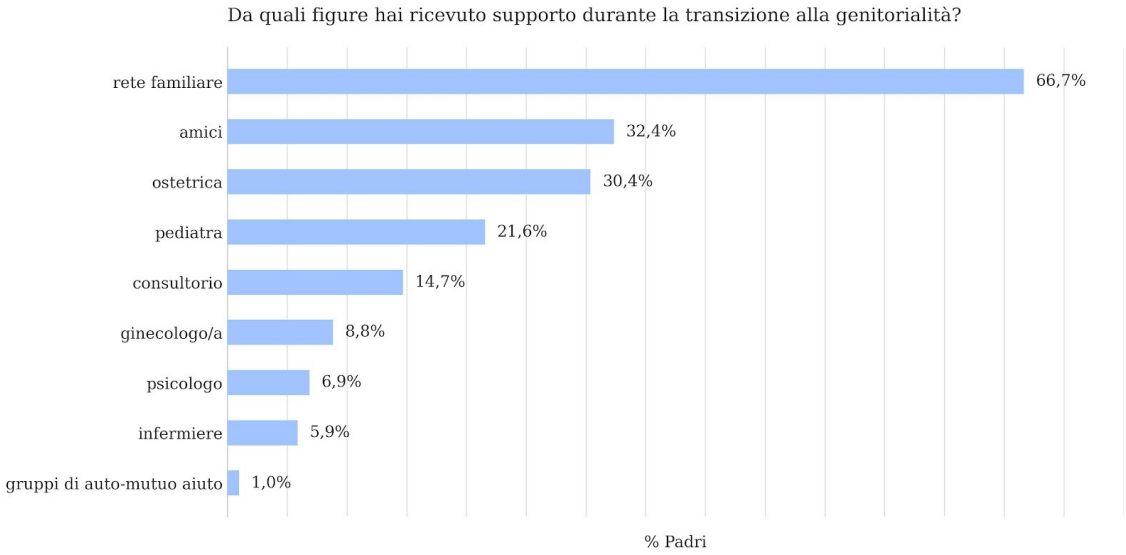


Grafico 14: Figure di supporto attivate dal campione durante la transizione alla genitorialità

La sezione successiva è dedicata a “lavoro e congedo”. Quest’ultima si apre con il quindicesimo quesito volto a conoscere se il congedo parentale abbia soddisfatto i bisogni dei partecipanti. Il 62,7% (n=64) del campione ha selezionato l'opzione "Fortemente in disaccordo". Il 18,6% (n=19) degli intervistati si è posizionato sull'opzione "In disaccordo". L'opzione "Fortemente d'accordo" è stata scelta dal 9,8% (n=10) dei padri, mentre l'8,8% (n=9) ha indicato l'opzione "D'accordo".

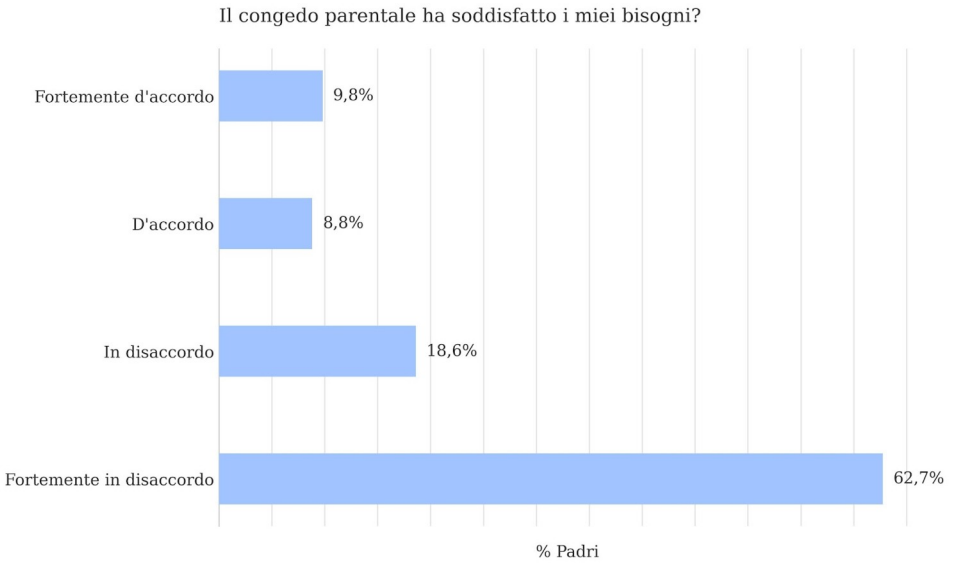


Grafico 15: Distribuzione del livello di soddisfazione dei padri rispetto al congedo parentale

La successiva domanda indaga quanto i padri abbiano trovato difficile conciliare l'attività lavorativa con la cura del proprio figlio. Una percentuale rilevante, pari al 31,4% (n=32), si dichiara "Fortemente d'accordo" nell'aver riscontrato difficoltà, seguita da un 30,4% (n=31) che si posiziona sull'opzione "D'accordo". D'altro canto, un'identica quota del 31,4% (n=32) afferma di essere "In disaccordo". Infine, solo una minoranza del 6,9% (n=7) si dichiara “Fortemente in disaccordo”.

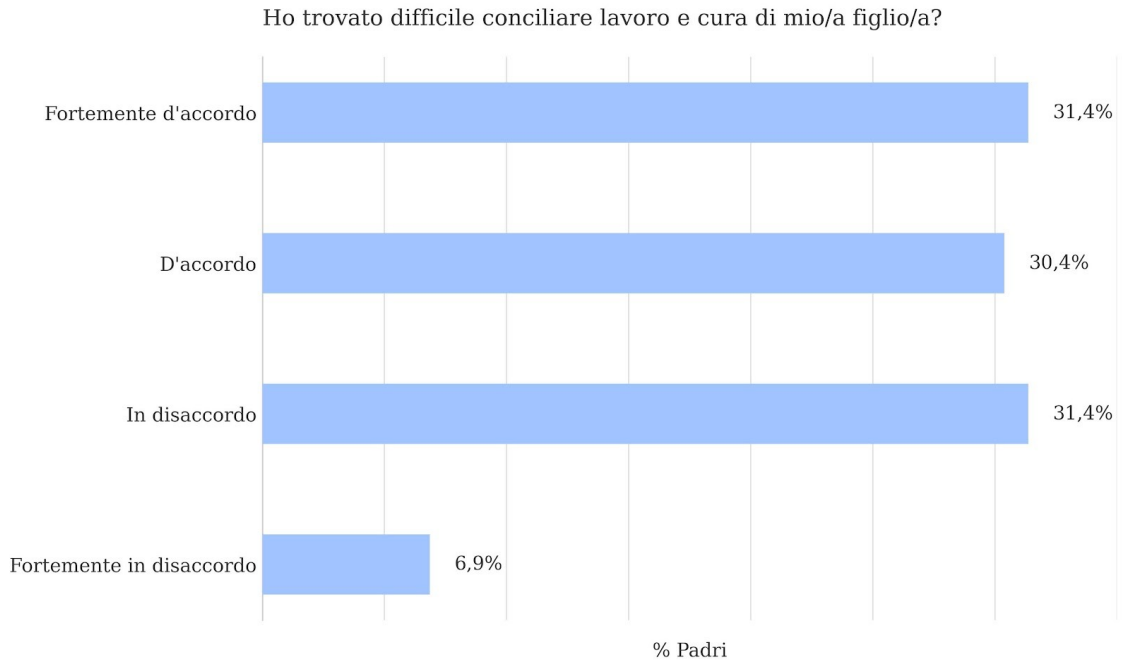


Grafico 16: Distribuzione del livello di difficoltà dei partecipanti nel conciliare lavoro e cura del/della figlio/a

Il diciassettesimo quesito esplora come i padri abbiano vissuto il momento del rientro al lavoro, indagando se questo passaggio sia stato percepito come semplice da gestire. La maggioranza relativa del campione, pari al 38,2% (n=39), si dichiara "In disaccordo" con l'affermazione proposta. Un ulteriore 21,6% (n=22) si posiziona in maniera ancora più netta sull'opzione "Fortemente in disaccordo". Sul fronte opposto, il 26,5% (n=27) dei padri si dichiara "D'accordo", mentre soltanto una minoranza del 13,7% (n=14) afferma di essere "Fortemente d'accordo”.

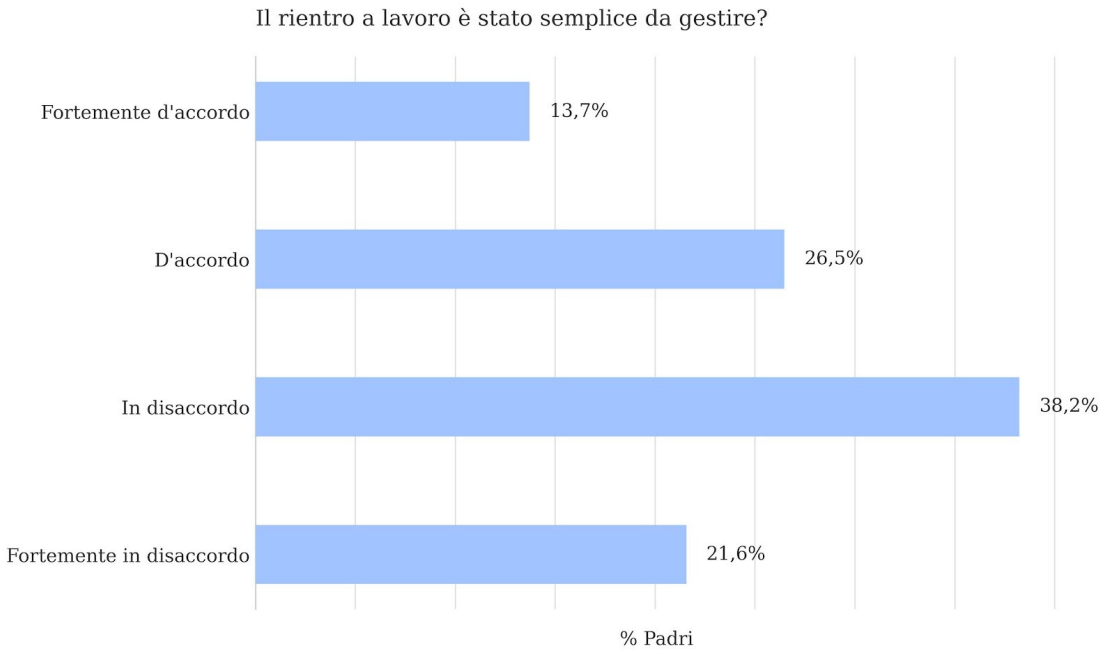


Grafico 17: Distribuzione del livello di percezione della semplicità di gestione del rientro al lavoro

Il diciottesimo quesito indaga se l'ambiente lavorativo dei partecipanti si sia dimostrato supportivo rispetto al loro nuovo ruolo genitoriale. La quota leggermente maggioritaria del campione, pari al 29,4% (n=30), si posiziona sull'opzione "Fortemente in disaccordo". A questa si aggiunge un 23,5% (n=24) che si dichiara "In disaccordo". Sul versante opposto, il 24,5% (n=25) degli intervistati si dichiara "Fortemente d'accordo", mentre un ulteriore 22,5% (n=23) si attesta sull'opzione "D'accordo".

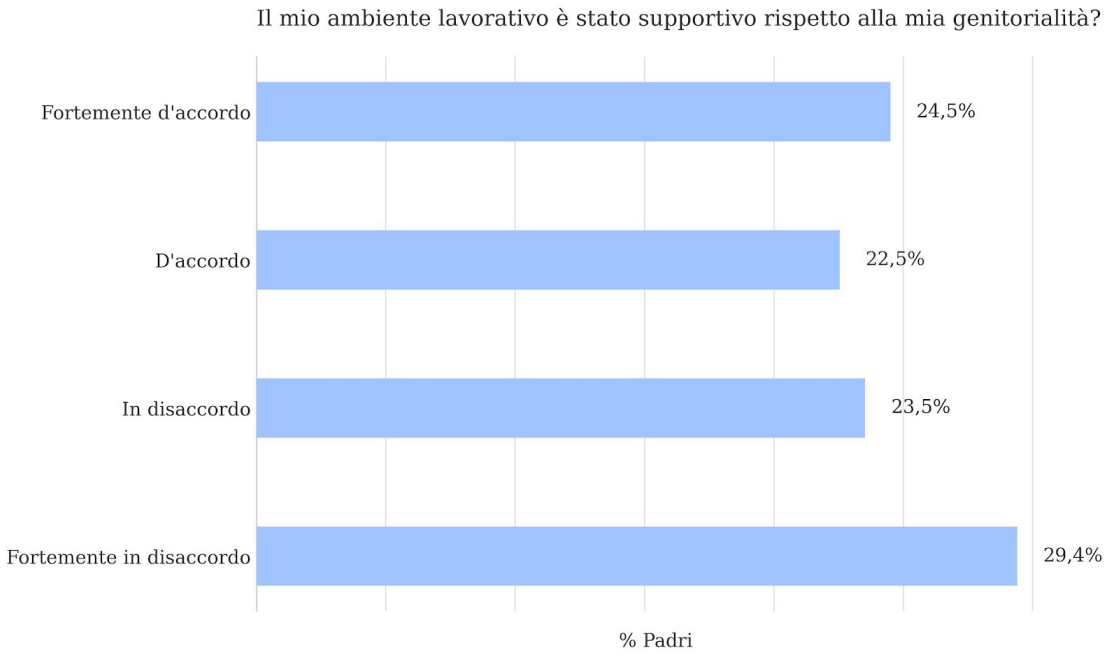


Grafico 18: Distribuzione del livello di percezione del supporto ricevuto dall'ambiente lavorativo rispetto alla genitorialità

Il quesito successivo dà inizio alla sezione dedicata al coinvolgimento precoce, la prima domanda infatti è volta a conoscere se i partecipanti abbiano praticato lo *skin-to-skin* (o contatto pelle a pelle) con il neonato subito dopo il parto. Una lieve maggioranza degli intervistati, pari al 52,9% (n=54), dichiara di non aver avuto l'opportunità di praticare lo *skin-to-skin*. Al contempo, un 47,1% (n=48), afferma di aver effettuato questa importante pratica di contatto subito dopo la nascita.

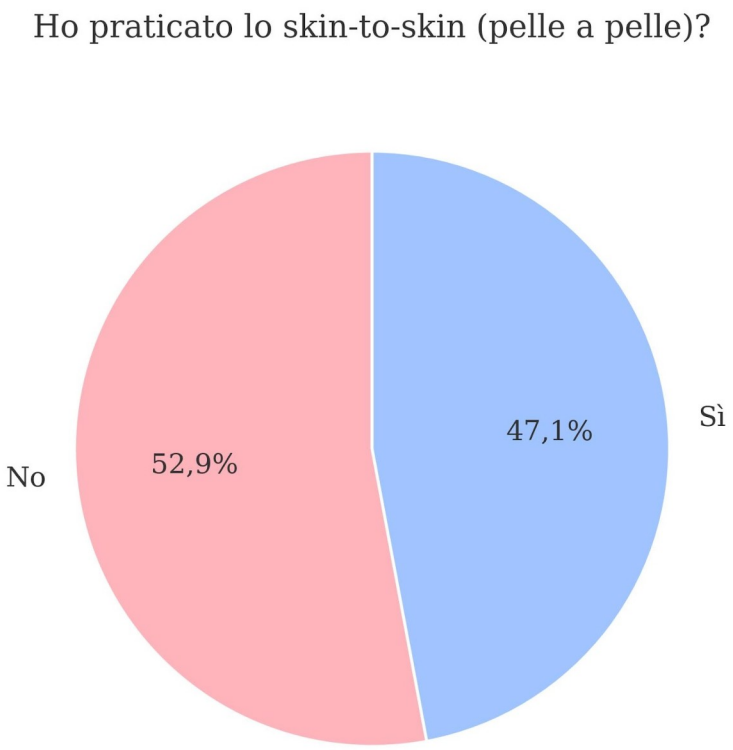


Grafico 19: Distribuzione della pratica del contatto pelle a pelle (*skin-to-skin*) tra i padri

Il ventesimo quesito indaga la frequenza con cui i partecipanti prendono parte attiva alle cure quotidiane del proprio figlio. La domanda è stata posta tramite scelta multipla, le cui opzioni erano “Mai”, “Raramente”, “Spesso”, “Sempre”. La maggioranza del campione risulta partecipe: il 57,8% (n=59) dei padri dichiara di essere coinvolto "Sempre" nelle routine di cura quotidiana. A questo dato si somma un 35,3% (n=36) che afferma di parteciparvi "Spesso”. Una minoranza pari al 6,9% (n=7) riferisce di prendervi parte "Raramente". È infine degno sottolineare come nessuno degli intervistati (0,0%, n=0) abbia selezionato l'opzione "Mai".

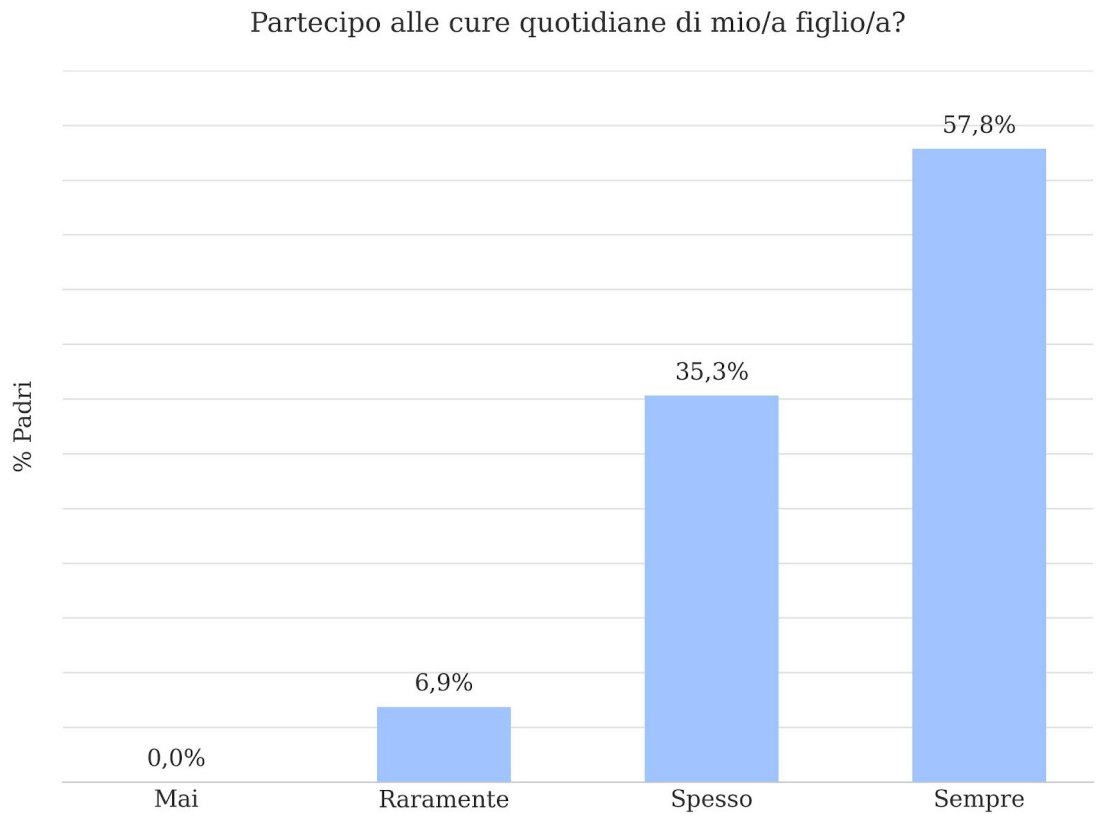


Grafico 20: Distribuzione della frequenza di partecipazione dei padri alle cure quotidiane del/della figlio/a

Il ventunesimo quesito esplora il coinvolgimento paterno in contesti emotivamente più complessi, chiedendo ai partecipanti con quale frequenza si occupino del figlio durante i momenti di disagio, come ad esempio il pianto. L'esatta metà degli intervistati, pari al 50,0% (n=51), dichiara di intervenire "Spesso" in queste circostanze, mentre un ulteriore 39,2% (n=40) afferma di farlo "Sempre". Sul fronte opposto il 6,9% (n=7) seleziona l'opzione "Raramente", e soltanto il 3,9% (n=4) indica di non occuparsene "Mai".

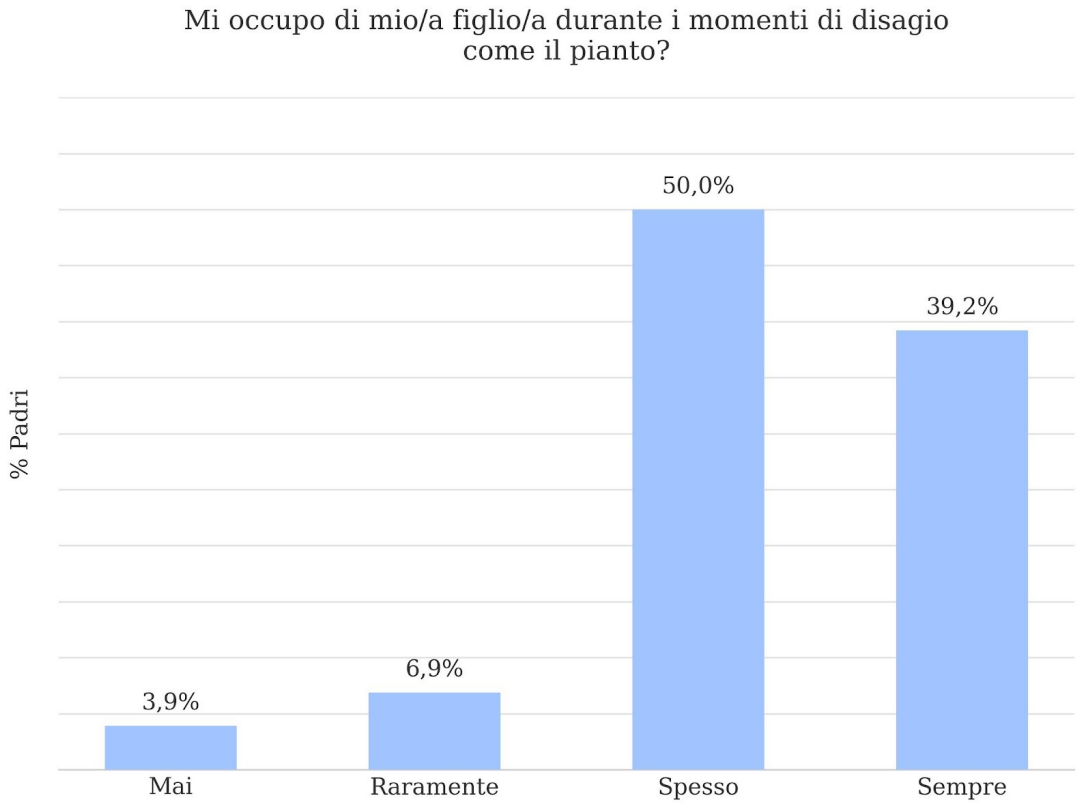


Grafico 21: Distribuzione di frequenza di intervento dei padri durante i momenti di disagio del/della figlio/a (come il pianto)

La sesta sezione denominata “sonno e addormentamento” è inaugurata dal quesito numero ventidue che approfondisce il coinvolgimento dei padri in un momento specifico e molto delicato della giornata: l'addormentamento e la gestione della routine serale del figlio. La maggioranza relativa del campione, pari al 41,2% (n=42), afferma di occuparsene "Spesso", mentre il 28,4% (n=29) dichiara di gestire questo momento "Sempre". D’altro canto, un 27,5% (n=28) degli intervistati riferisce di parteciparvi solo "Raramente". Infine, una percentuale del 2,9% (n=3), segnala di non occuparsene "Mai".

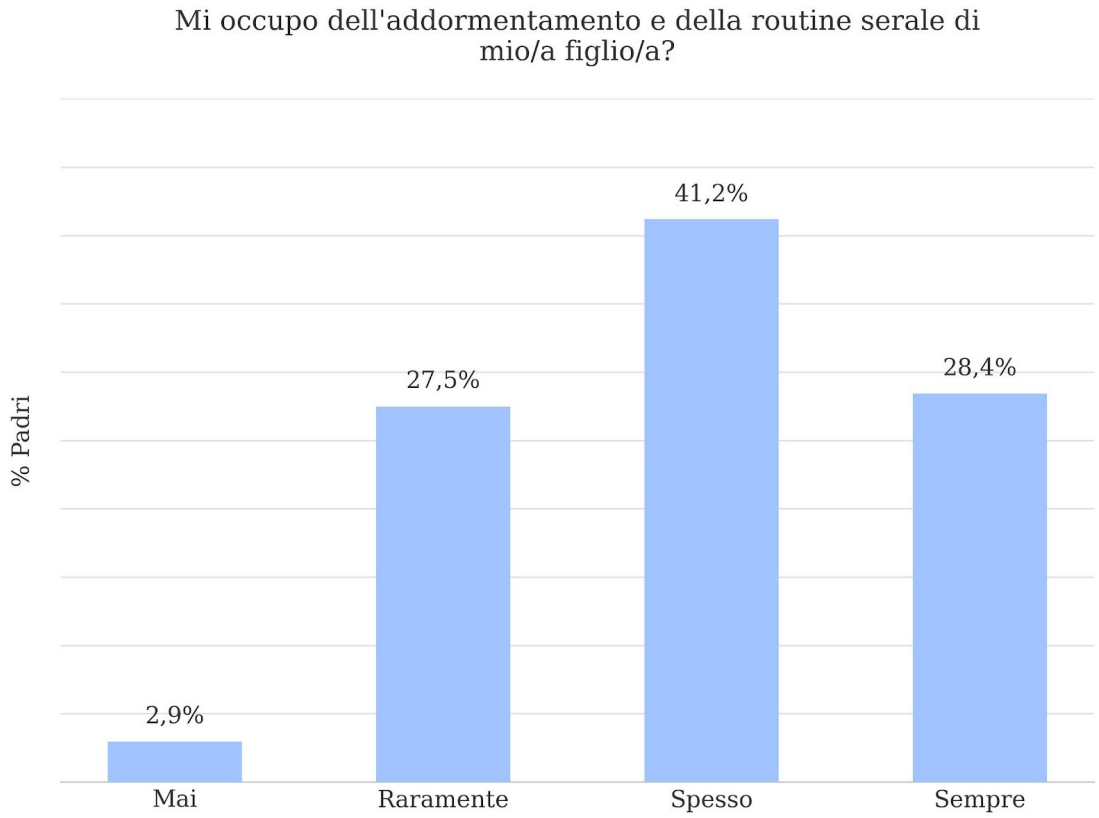


Grafico 22: Distribuzione di frequenza del coinvolgimento dei padri nell'addormentamento e nella routine serale

La ventitreesima domanda indaga la frequenza con cui i padri si occupano dei risvegli notturni riuscendo a far riaddormentare facilmente il figlio. La percentuale più alta del campione, pari al 39,2% (n=40), dichiara di riuscire in questo compito "Spesso", mentre il 16,7% (n=17) sceglie l'opzione "Sempre". D'altra parte, si registra il 36,3% (n=37) dei padri che dichiara di occuparsene "Raramente", e il 7,8% (n=8) afferma di non gestirli "Mai".

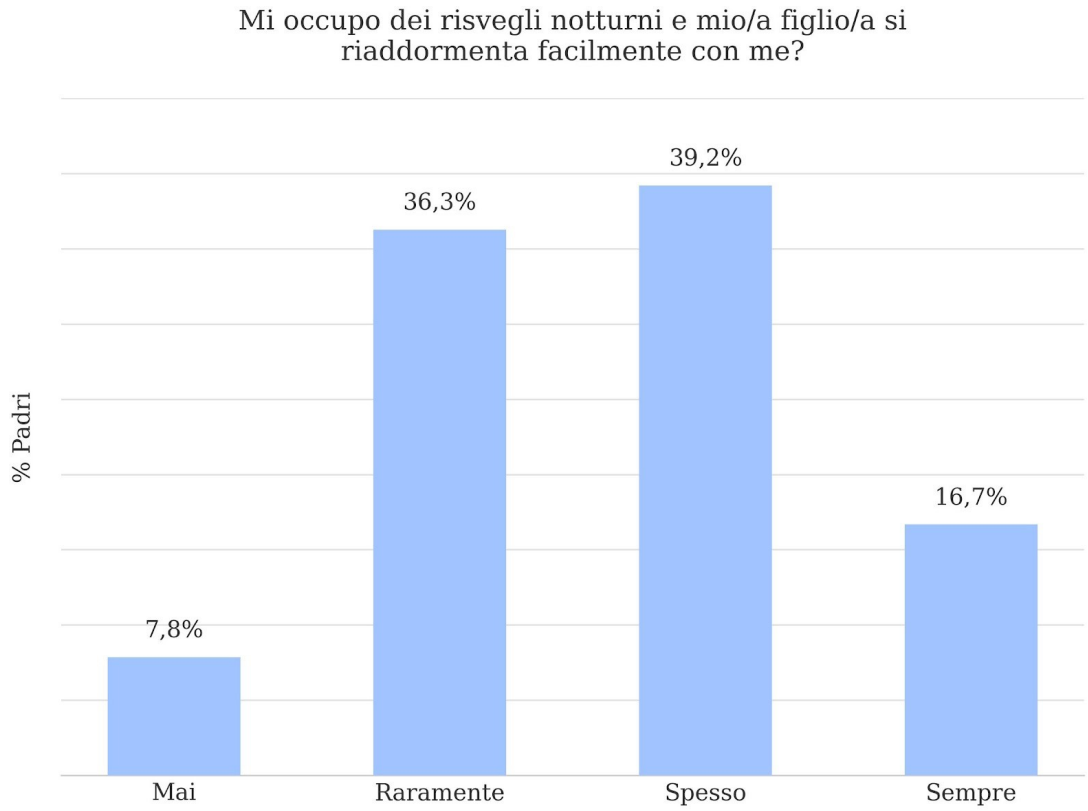


Grafico 23: Distribuzione di frequenza di coinvolgimento dei padri nella gestione dei risvegli notturni e facilità di riaddormentamento

Il quesito successivo dà inizio alla settima sezione che tratta l'argomento dell'interazione e stimolazione. Quest'ultimo torna ad utilizzare una scala Likert da 1 a 4, corrispondente a "Fortemente in disaccordo" fino ad arrivare a "Fortemente d'accordo". Esso va ad indagare quanto i padri si sentano a proprio agio nei momenti di gioco condiviso con il/la proprio/a figlio/a. La maggioranza del campione, corrispondente al 73,5% (n=75), seleziona l'opzione "Fortemente d'accordo", mentre un ulteriore 21,6% (n=22) si dichiara "D'accordo". Sul versante opposto: il 2,9% (n=3) degli intervistati si posiziona sull'opzione "In disaccordo", e una quota pari al 2,0% (n=2) afferma di essere "Fortemente in disaccordo".

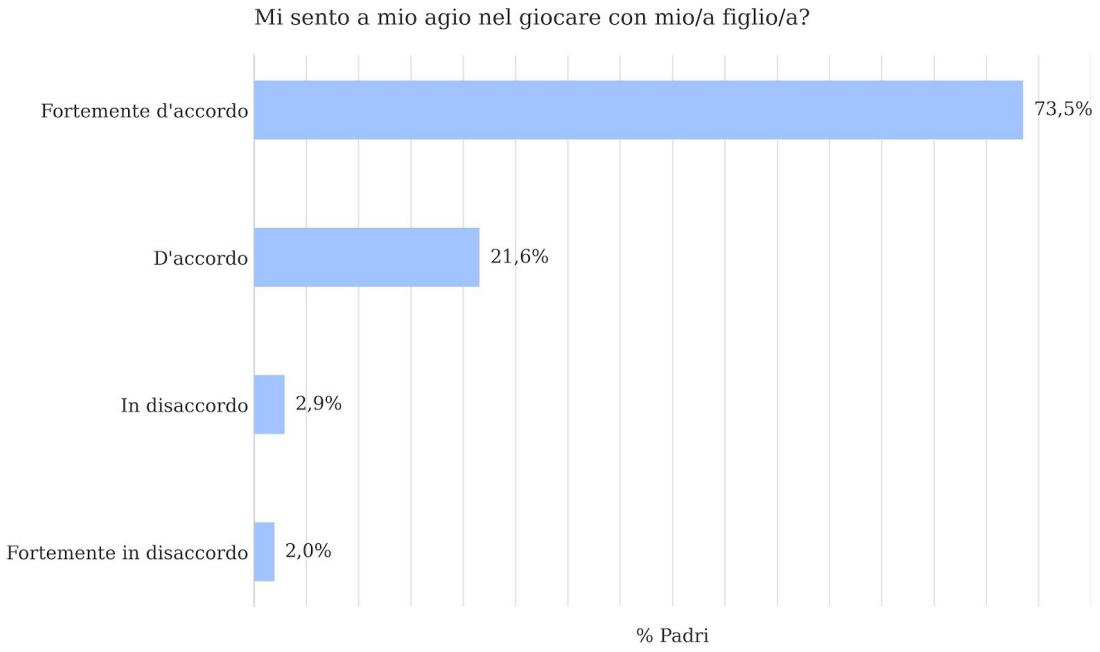


Grafico 24: Distribuzione del livello di percezione di agio dei padri durante i momenti di gioco con il/la figlio/a

Il venticinquesimo quesito si concentra sulla frequenza con i padri leggono i libri ai propri figli. Questa domanda torna ad utilizzare la risposta multipla che va da “Mai” a “Sempre”. La maggioranza relativa del campione, pari al 42,2% (n=43), dichiara di dedicarsi alla lettura condivisa "Spesso", mentre un ulteriore 20,6% (n=21) afferma di farlo "Sempre". Tuttavia, una quota consistente del campione, corrispondente al 29,4% (n=30), riferisca di leggere al proprio figlio solo "Raramente". Infine, il 7,8% dei padri (n=8) ammette di non compiere "Mai" questa specifica attività.

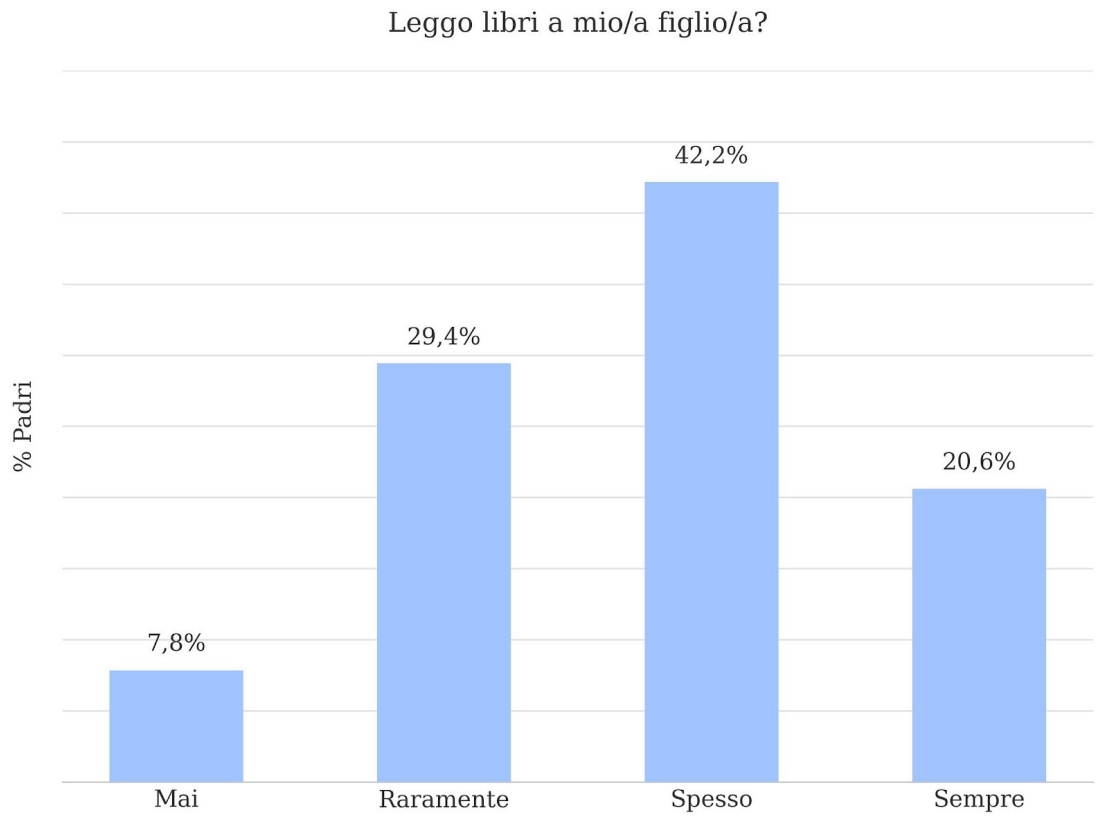


Grafico 25: Distribuzione di frequenza della pratica della lettura condivisa tra padre e figlio/a

Il ventiseiesimo quesito è costruito con la stessa scala Likert da 1 a 4 utilizzata in precedenza ed è volto ad esplorare se i padri giochino quotidianamente con il proprio figlio e se considerino questo tempo come un momento significativo per la costruzione della loro relazione. La maggioranza assoluta del campione, pari al 59,8% (n=61), si dichiara infatti "Fortemente d'accordo" con l'affermazione proposta. A questa percentuale si somma un ulteriore 34,3% (n=35) di padri che si posiziona sull'opzione "D'accordo". Soltanto il 4,9% (n=5) del campione seleziona l'opzione "In disaccordo", mentre appena l'1,0% (n=1) si dichiara "Fortemente in disaccordo".

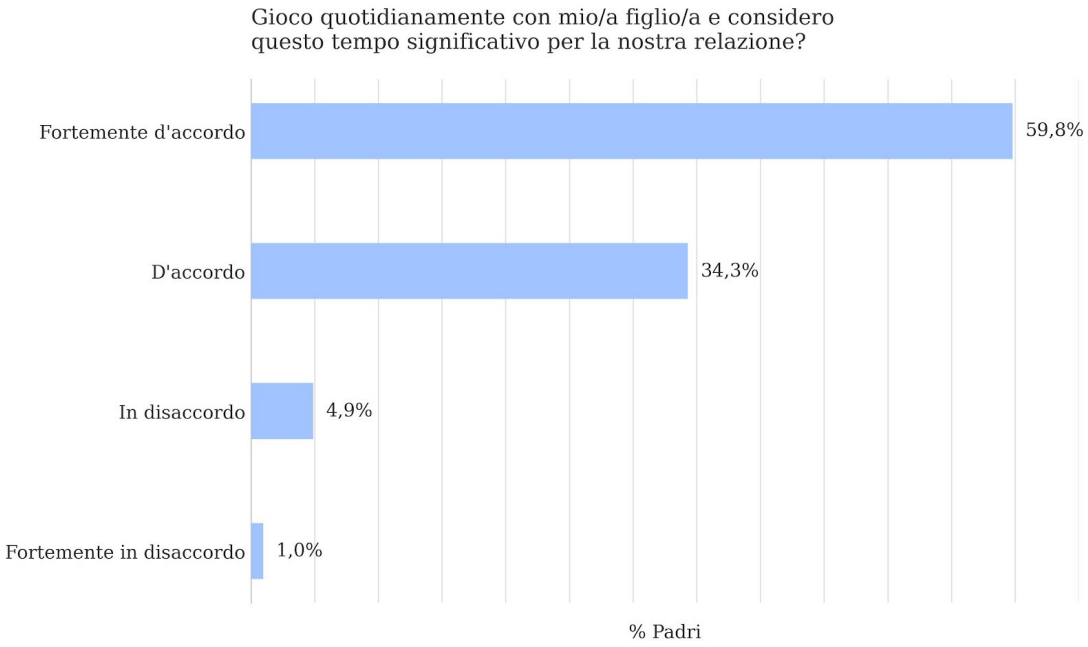


Grafico 26: Distribuzione del livello di percezione del gioco quotidiano come tempo significativo per la relazione padre-figlio/a

Il ventisettesimo quesito indaga la frequenza, tramite risposta a scelta multipla da “Mai” a “Sempre”, con cui i padri interagiscono verbalmente con il proprio figlio, attraverso pratiche quali il parlare o il cantare. Il 64,7% (n=66) degli intervistati, dichiara di mettere in atto questa forma di interazione "Sempre". A tale dato si affianca un ulteriore 30,4% (n=31) di padri che vi ricorre "Spesso”. Solo il 3,9% (n=4) dichiara di interagire verbalmente "Raramente", e appena l'1,0% (n=1) afferma di non farlo "Mai”.

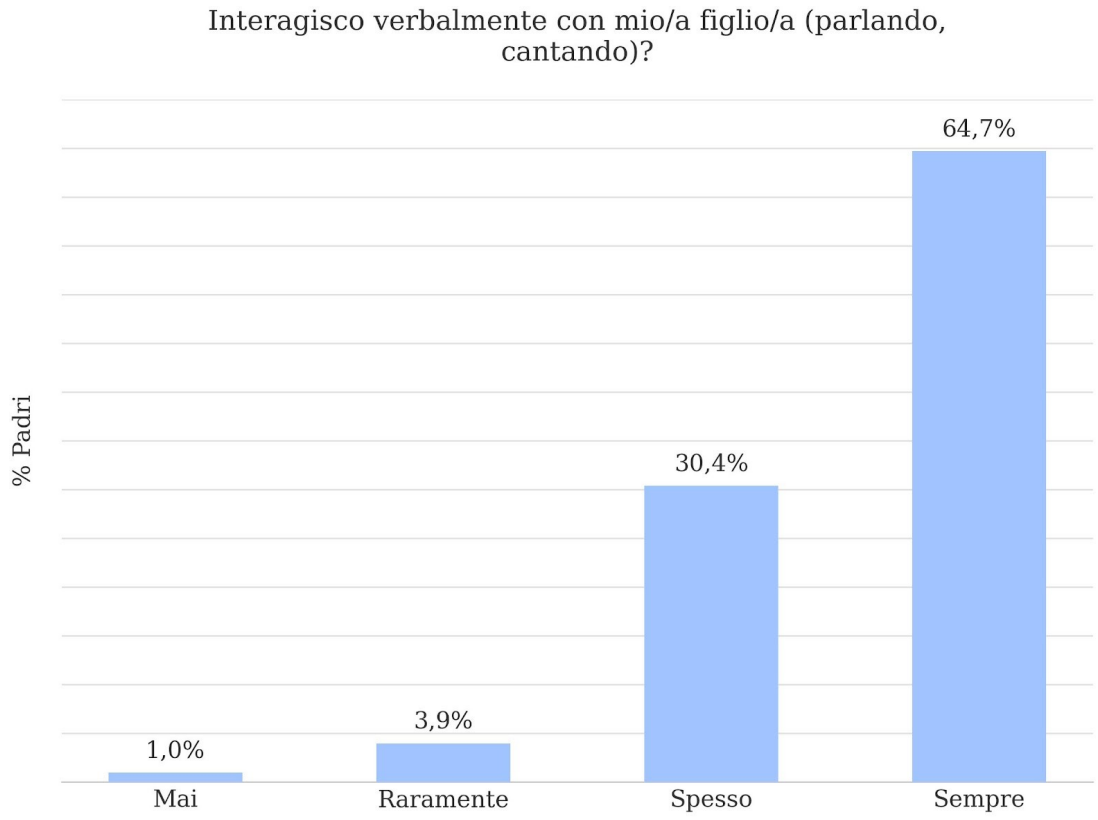


Grafico 27: Distribuzione di frequenza dell'interazione verbale (parlare, cantare) tra padre e figlio

La sezione numero sette è volta ad indagare tempo ed ostacoli. Il primo quesito della sezione, il ventottesimo, chiede ai partecipanti se vorrebbero avere più tempo da dedicare al gioco con il proprio figlio. Ben il 66,7% (n=68) del campione si dichiara infatti "Fortemente d'accordo" con l'affermazione, rappresentando la maggioranza assoluta. A questi si aggiunge un 28,4% (n=29) che sceglie l'opzione "D'accordo". Il 2,9% (n=3) si dichiara "In disaccordo" e appena il 2,0% (n=2) "Fortemente in disaccordo".

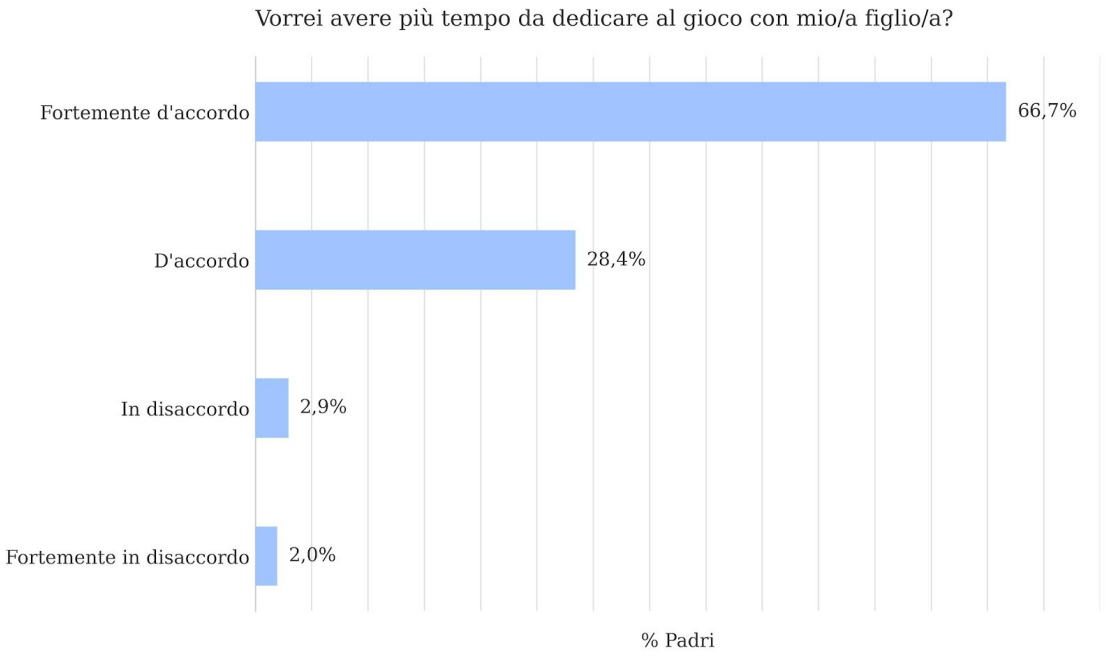


Grafico 28: Distribuzione del livello di desiderio dei padri di avere maggiore tempo da dedicare al gioco con il figlio

Il ventinovesimo quesito esplora una potenziale criticità, chiedendo ai padri se si sentano stanchi o poco disponibili durante i momenti di gioco con il bambino. La maggioranza relativa del campione, pari al 44,1% (n=45), si dichiara "In disaccordo" con l'affermazione, a cui si aggiunge un 13,7% (n=14) "Fortemente in disaccordo". Il 36,3% (n=37) si dichiara "D'accordo" nell'avvertire stanchezza o scarsa disponibilità, mentre il 5,9% (n=6) si posiziona sull'opzione "Fortemente d'accordo".

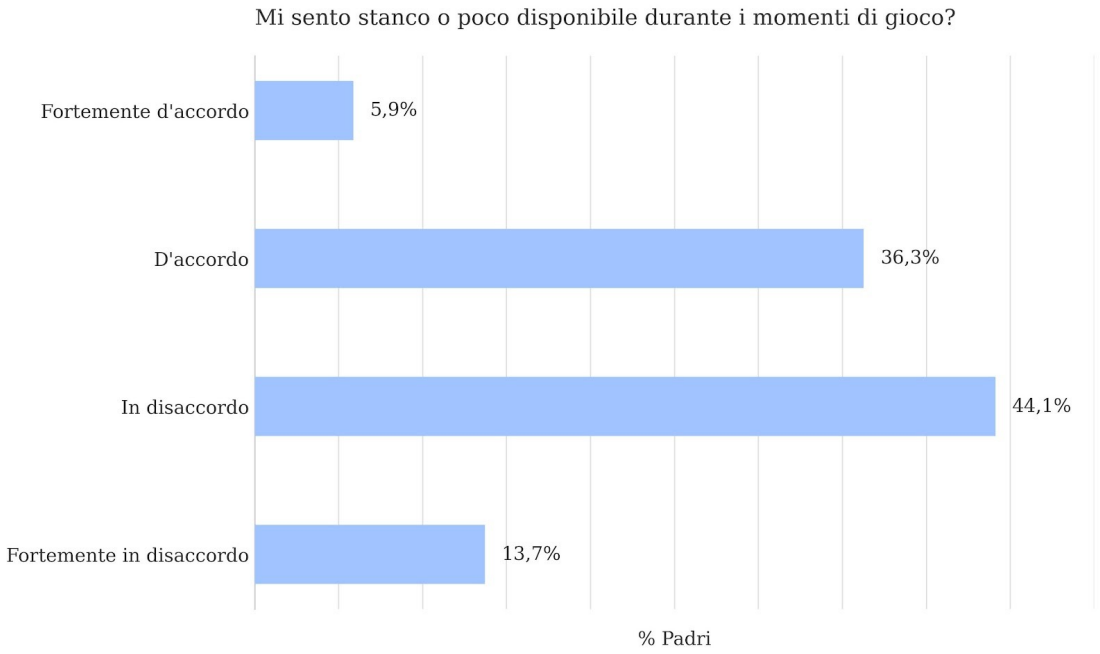


Grafico 29: Distribuzione del livello della percezione di stanchezza o scarsa disponibilità dei padri durante i momenti di gioco

Il trentesimo quesito indaga se i partecipanti a volte trovino difficile capire come giocare con il proprio figlio. Il 37,3% (n=38) dei padri si dichiara "Fortemente in disaccordo", mentre un ulteriore 35,3% (n=36) seleziona l'opzione "In disaccordo". Il 25,5% (n=26), si dichiara "D'accordo" nell'aver provato difficoltà in questo ambito. Appena il 2,0% (n=2) si posiziona sull'opzione "Fortemente d'accordo".

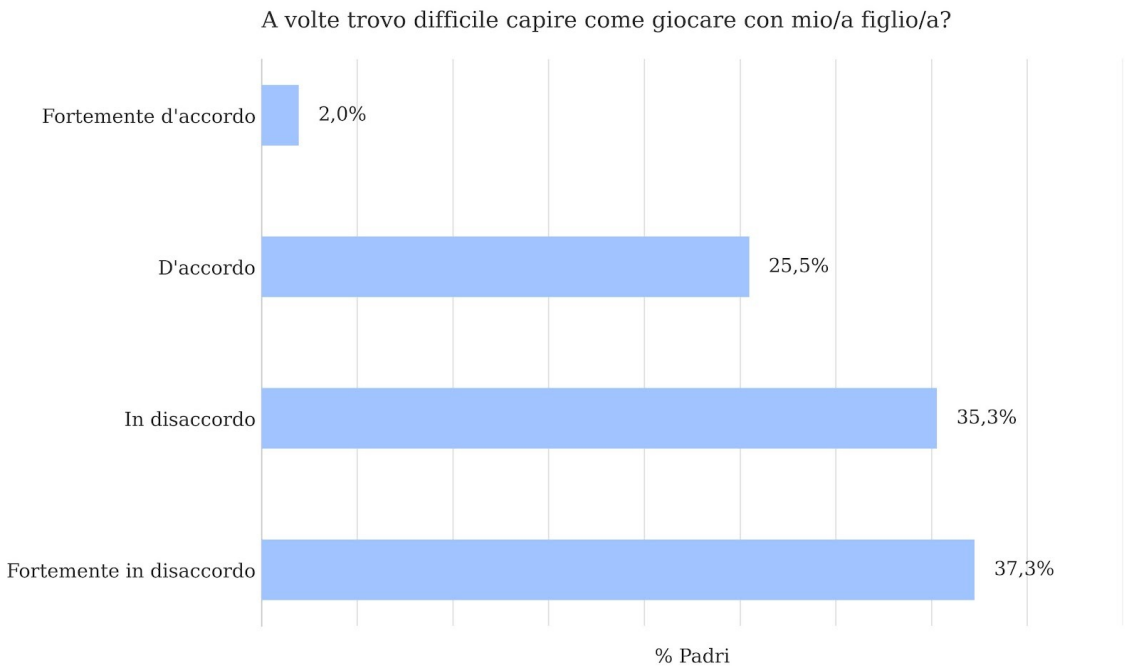


Grafico 30: Distribuzione del livello di percezione di difficoltà da parte dei padri nel capire come giocare con il/la figlio/a

Il trentunesimo quesito affronta il tema della conciliazione vita-lavoro chiedendo ai partecipanti se percepiscano che gli impegni lavorativi limitino il tempo a disposizione per il proprio figlio. La quota più ampia del campione, pari al 42,2% (n=43), si dichiara "Fortemente d'accordo" con questa affermazione, seguita da un 35,3% (n=36) che si posiziona sull'opzione "D'accordo". Sul fronte opposto, il 18,6% (n=19) dei padri si dichiara infatti "In disaccordo", mentre appena il 3,9% (n=4) si dichiara "Fortemente in disaccordo".

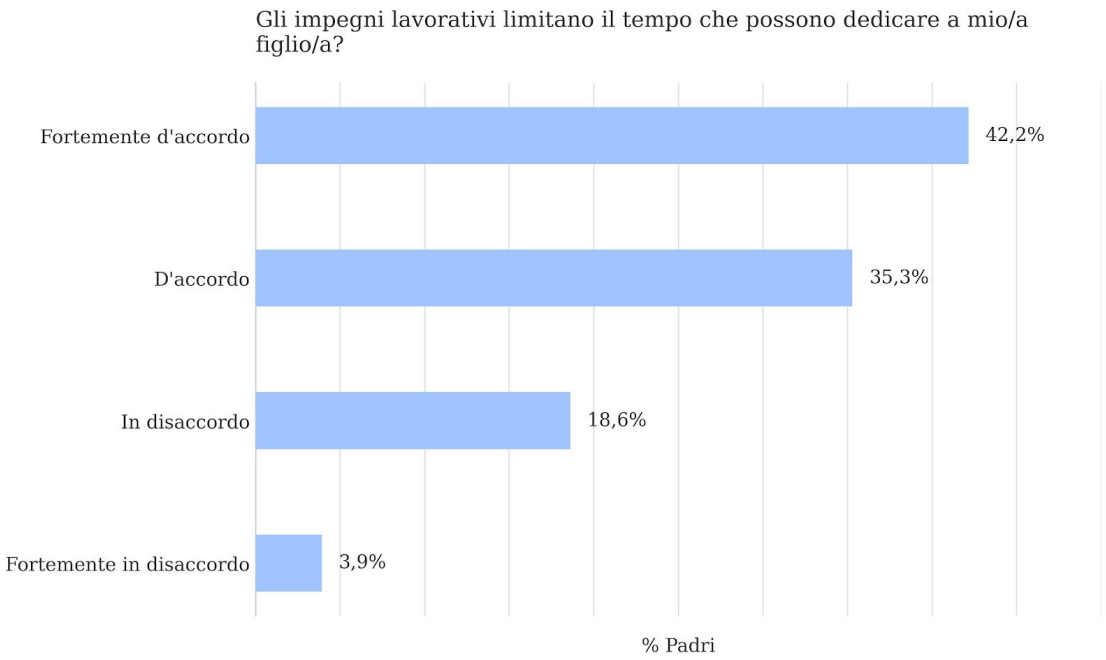


Grafico 31: Distribuzione del livello di ercezione dell'interferenza degli impegni lavorativi sul tempo da dedicare al figlio/a

L'ultima sezione riguarda la consapevolezza genitoriale. Il primo quesito è volto a conoscere se i padri ritengano il gioco fondamentale per lo sviluppo del/della proprio/a figlio/a. Il 73,5% (n=75) del campione, si dichiara "Fortemente d'accordo" con tale affermazione. A questi si somma un 25,5% (n=26) che seleziona l'opzione "D'accordo". In contrapposizione, nessun partecipante (0,0%, n=0) ha selezionato l'opzione "Fortemente in disaccordo", ed appena l'1,0% (n=1) del totale, si è posizionato su "In disaccordo".

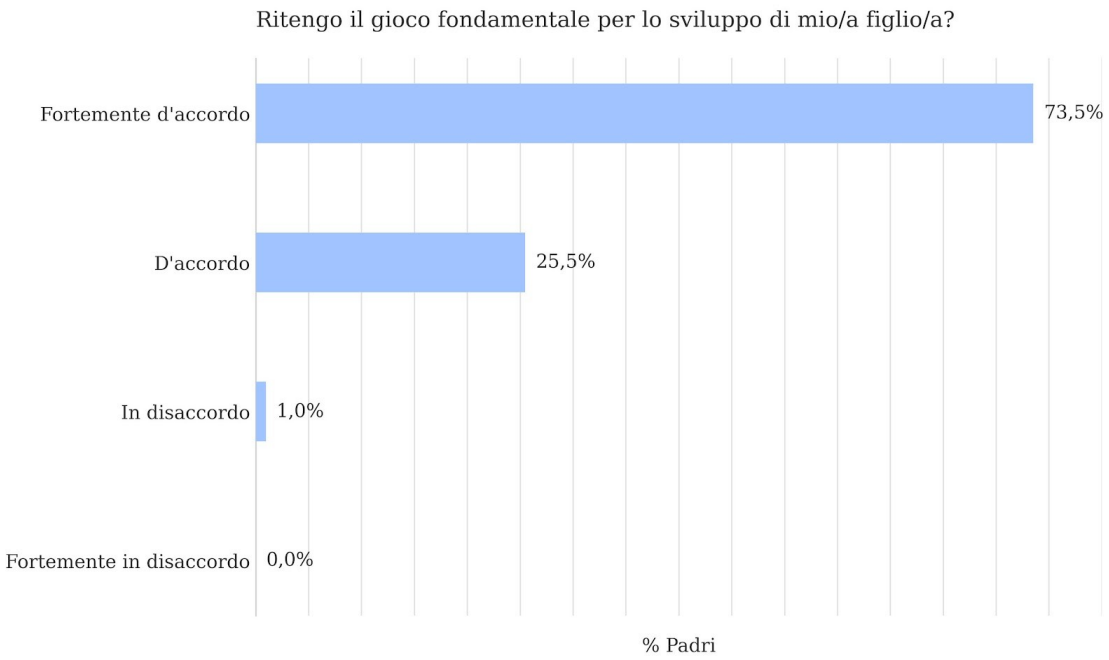


Grafico 32: Distribuzione del livello di importanza attribuita dai padri al gioco per lo sviluppo del/della figlio/a

Il trentatreesimo quesito esplora se i partecipanti si sentano competenti nel giocare con il proprio figlio. La percentuale più elevata dei padri, pari al 41,2% (n=42), sceglie l'opzione "D'accordo", seguita a strettissimo giro da un 40,2% (n=41) che si dichiara "Fortemente d'accordo". Nonostante ciò, si rileva una percentuale del 17,6% (n=18) che si dichiara "In disaccordo" rispetto alla propria sensazione di competenza, mentre un singolo partecipante, pari all'1,0% del totale, seleziona l'opzione "Fortemente in disaccordo".

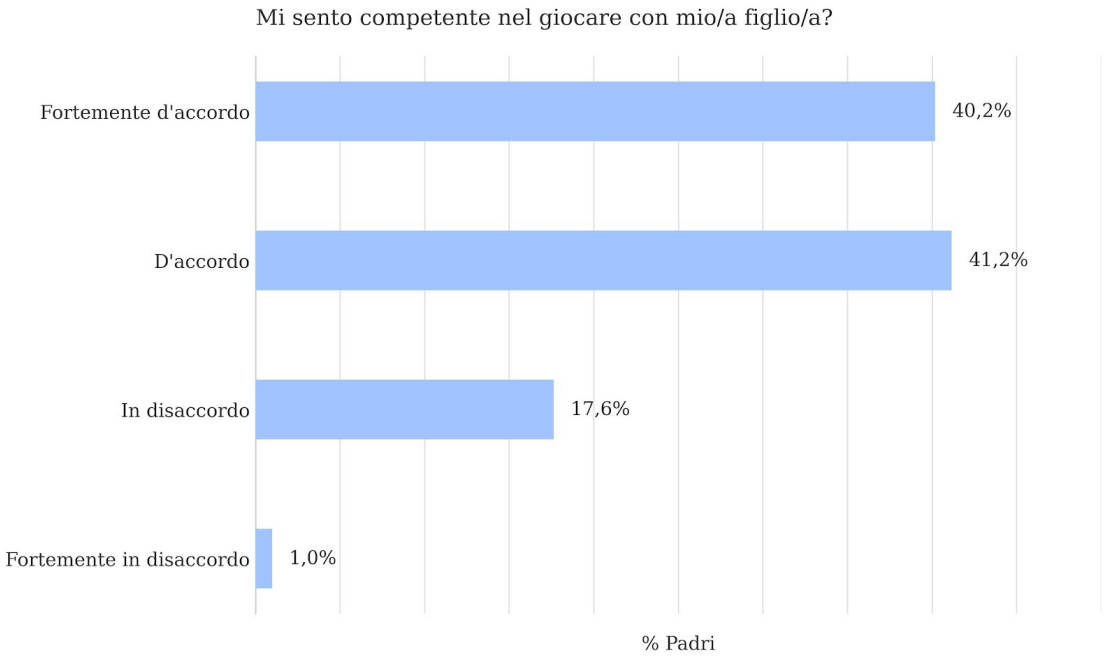


Grafico 33: Distribuzione del livello del senso di competenza percepito dai padri nel giocare con il/la figlio/a

L'ultimo quesito chiede ai padri se piacerebbe loro partecipare a incontri o attività specifiche a loro dedicate. Il 31,4% (n=32) dei padri si dichiara "D'accordo" e un ulteriore 28,4% (n=29) "Fortemente d'accordo". Dall'altro lato, vi è il 20,6% (n=21) che si dichiara "Fortemente in disaccordo", a cui si aggiunge un 19,6% (n=20) "In disaccordo".

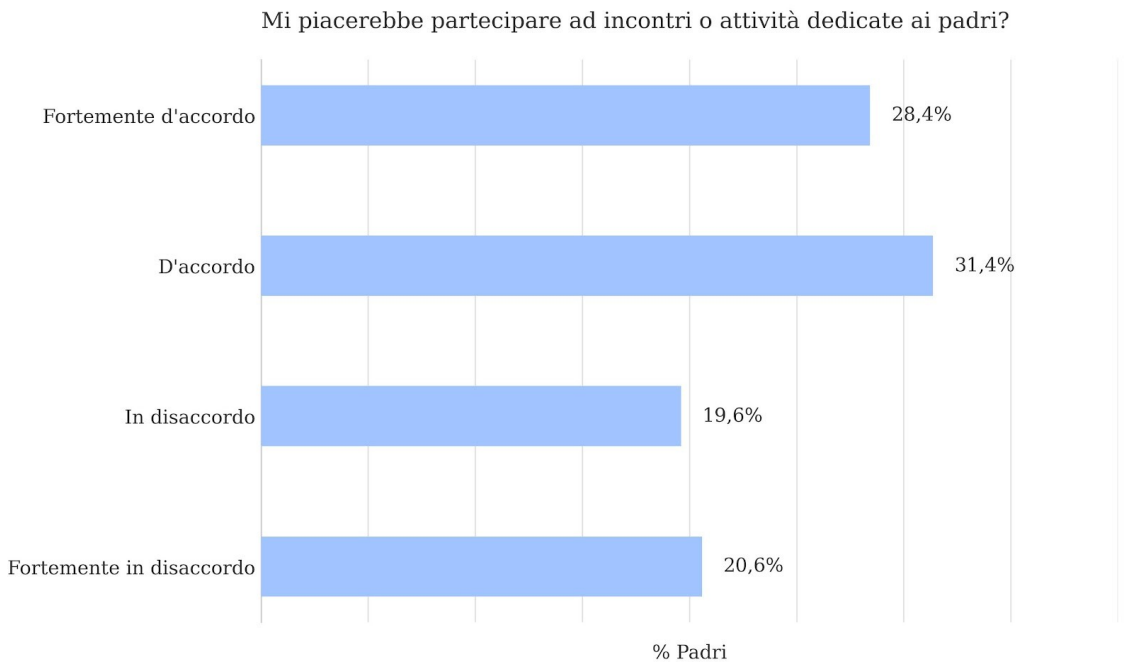


Grafico 34: Distribuzione del livello di interesse dei padri alla partecipazione a incontri o attività dedicate alla genitorialità paterna

3.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il campione analizzato restituisce un profilo sociodemografico ben definito del padre marchigiano odierno. Si tratta di uomini attivi nel mondo del lavoro (il 27,5% è impiegato dipendente e il 25,5% operaio), con un'età che si concentra prevalentemente nella fascia tra i 35 e i 40 anni. Dal punto di vista relazionale, la stragrande maggioranza vive una relazione stabile (il 55,9% è coniugato e il 38,2% convivente) e possiede un buon livello di istruzione, con il 53,9% in possesso di un diploma superiore e il 20,6% di una laurea magistrale. Per il 52,0% del campione si tratta della prima esperienza di genitorialità, mentre il 37,3% è padre di due figli.

È proprio partendo da questo identikit che i dati raccolti tracciano un quadro chiaro sull'evoluzione del ruolo paterno. Il padre di oggi non è più una figura distante, ma percepisce sé stesso come un caregiver a tutti gli effetti. Entrando nel vivo dell'indagine, infatti, l'82,4% del campione si definisce un caregiver attivo nella cura del figlio. Questo dato teorico trova una solida conferma nella pratica quotidiana: sommando le frequenze di risposta, ben il 93,1% dei padri dichiara di partecipare costantemente (spesso o sempre)

alle cure ordinarie del neonato. Questo fortissimo coinvolgimento non si limita ai momenti tranquilli, ma si estende ai contesti emotivamente più complessi: l'89,2% degli intervistati interviene infatti attivamente durante i momenti di disagio del bambino, come la gestione del pianto. Questa spiccata presenza si conferma anche in una delle fasi più delicate della giornata: l'addormentamento e la routine serale, gestiti con regolarità da quasi il 70% del campione (69,6%). Tuttavia, il coinvolgimento paterno subisce una flessione durante le ore notturne: di fronte ai risvegli, la percentuale di padri che interviene riuscendo a far riaddormentare il figlio scende al 55,9%, lasciando a un rilevante 44,1% un ruolo del tutto marginale (raramente o mai). Questo calo notturno evidenzia un'area in cui il carico materno resta predominante. Pur a fronte di questa flessione, a livello generale si registra un elevatissimo senso di condivisione decisionale (92,1%). Emerge però una sfumatura interessante sul fronte dell'autonomia operativa: un non trascurabile 25,5% dei padri esprime ancora insicurezza o dipendenza nella gestione del neonato in totale autonomia.

Questa forte volontà di esserci, unita però al bisogno di acquisire maggiore sicurezza, si scontra con una carenza informativa importante. Nonostante l'alto coinvolgimento pratico, quasi il 40% dei padri (38,3%) ammette di non essersi sentito preparato ad affrontare la transizione alla paternità. Ancora più incisivo è il dato sulle informazioni: oltre la metà del campione (51%) lamenta di non aver avuto accesso a nozioni adeguate sul proprio ruolo. Per colmare queste lacune, i padri si affidano principalmente a reti informali: il 55,9% sfrutta il passaparola e una grossa fetta utilizza i canali digitali (il 34,3% i social network e il 32,4% i siti web), mentre solo il 29,4% si è rivolto a esperti del settore.

Questa solitudine istituzionale esplode subito dopo la nascita. Oltre la metà dei padri (54%) ritiene di non aver ricevuto un supporto adeguato durante il delicato passaggio alla genitorialità, e il 47,1% avrebbe desiderato un aiuto maggiore nei giorni successivi al parto. Quando cercano sostegno, i padri si rifugiano quasi esclusivamente nel nucleo familiare (66,7%) o negli amici (32,4%). Tuttavia, quando entrano in contatto con i professionisti della salute, emerge un dato fondamentale: il 30,4% riconosce nell'ostetrica la figura sanitaria di maggiore riferimento, superando nettamente il pediatra (21,6%) e il ginecologo (8,8%). A questo potenziale enorme si contrappone, purtroppo, il mancato

utilizzo dei servizi territoriali: il Consultorio è stato indicato come fonte di supporto solo dal 14,7% dei padri, segno che viene ancora percepito come uno spazio prettamente materno-centrico.

La sensazione di esclusione si concretizza drammaticamente già in sala parto. L' indagine mostra infatti che, pur in presenza di un fortissimo desiderio di accudimento, il 52,9% dei padri intervistati non ha avuto l'opportunità di praticare lo *skin-to-skin* (pelle a pelle) con il neonato subito dopo la nascita. Le evidenze scientifiche dimostrano che escludere l'uomo da questo primissimo contatto fisico rappresenta un'occasione persa per favorire l'attaccamento precoce. Spesso il padre viene lasciato nel ruolo di spettatore, mentre l'ostetrica ha tutte le competenze cliniche per coinvolgerlo fin dai primi minuti. Un intervento formativo e pratico mirato già nelle prime ore post-partum non solo rafforza il legame padre-figlio, ma contribuisce anche a ridurre il rischio di depressione materna.

Nel contesto domestico, i padri si dimostrano estremamente attenti alla stimolazione cognitiva ed emotiva, diventando protagonisti attivi della *Nurturing Care*. Questa profonda consapevolezza genitoriale è confermata dai numeri: il 99% degli intervistati ritiene il gioco un elemento fondamentale per lo sviluppo del bambino. A questo si aggiunge che il 95,1% si sente a proprio agio durante le attività ludiche, e il 94,1% vi riconosce un momento significativo per la costruzione della relazione. Anche sul piano dell'interazione verbale la partecipazione è quasi totale: il 95,1% dei padri dichiara di interagire costantemente con il bambino parlandogli o cantandogli. Un'area che presenta margini di miglioramento è invece la lettura condivisa: sebbene il 62,8% legga regolarmente libri al proprio figlio, una considerevole fetta del 37,2% pratica questa attività raramente o mai. Inoltre, sebbene la maggioranza si senta competente, permane una zona d'ombra legata agli strumenti pratici: quasi un padre su cinque (18,6%) ammette di non sentirsi competente nel giocare con il figlio, dato che si allinea a quel 27,5% che dichiara esplicitamente di trovare difficile capire come strutturare il gioco. Per colmare queste insicurezze e sostenere la motivazione di base, ben il 59,8% del campione esprime il chiaro desiderio di partecipare a incontri o attività specificamente dedicati alla paternità. La letteratura suggerisce che l'educazione digitale e i corsi online possano essere un'ottima strategia per accogliere questa richiesta, aggirando le mancanze organizzative dei servizi territoriali.

Infine, lo studio fa emergere un'enorme criticità legata al mondo del lavoro e alla gestione del tempo. Il desiderio di partecipazione dei padri è altissimo: ben il 95,1% del campione vorrebbe avere più tempo da dedicare al gioco con il proprio figlio. Tuttavia, questo slancio si scontra con la dura realtà della conciliazione vita-lavoro, tanto che il 77,5% dei partecipanti percepisce chiaramente che gli impegni lavorativi limitano il tempo a disposizione per la famiglia. A questo si aggiunge un congedo parentale ampiamente inadeguato, che lascia insoddisfatto l'81,3% del campione. Di conseguenza, il rientro al lavoro viene percepito come un passaggio ostico per quasi il 60% degli intervistati (59,8%), aggravato da un ambiente lavorativo che in oltre la metà dei casi (52,9%) si è dimostrato poco supportivo. Questa continua corsa contro il tempo genera un forte stress: non a caso, ben il 42,2% dei padri ammette di sentirsi stanco o poco disponibile proprio durante i preziosi momenti di gioco. Diversi studi confermano che policy lavorative più inclusive e un congedo di paternità più esteso non solo tutelano il benessere psicofisico dell'uomo, ma favoriscono la collaborazione di coppia e abbassano drasticamente i livelli di stress dell'intera famiglia.

In sintesi, i risultati di questa indagine confermano l'urgenza di passare a un'assistenza realmente centrata sulla famiglia. Spetta all'ostetrica, professionista di riferimento per i genitori, promuovere questo cambiamento e creare un percorso nascita capace di educare e valorizzare il padre come una risorsa essenziale.

3.6 LIMITI DELLO STUDIO

Nonostante i risultati significativi emersi, il presente studio esplorativo presenta alcune limitazioni metodologiche che devono essere prese in considerazione. In primo luogo, la dimensione del campione (n=102), seppur rappresentativa per un'indagine a livello regionale ovvero le Marche, risulta contenuta e non consente una generalizzazione assoluta dei dati all'intera popolazione nazionale. In secondo luogo, l'utilizzo di un questionario auto-somministrato (*self-report*) espone i risultati al cosiddetto *bias* di desiderabilità sociale: i padri potrebbero aver sovrastimato il proprio livello di coinvolgimento pratico per allinearsi alle attuali aspettative socioculturali. Infine, il reclutamento avvenuto tramite canali social potrebbe aver selezionato un campione di base già maggiormente sensibile e attento alle tematiche della genitorialità.

CONCLUSIONE

Il presente lavoro di tesi ha indagato l'evoluzione del ruolo paterno nei primi 1000 giorni di vita, esplorando l'esperienza diretta dei padri marchigiani. I risultati confermano un profondo mutamento: il padre odierno rifiuta il ruolo di figura periferica e rivendica un'identità di *caregiver* attivo, pienamente partecipe nelle cure quotidiane e nelle pratiche di *Nurturing Care*.

Tuttavia, questo slancio si scontra con un sistema istituzionale ancora rigidamente materno-centrico. Carenza di educazione prenatale mirata, esclusione da pratiche fondamentali come lo *skin-to-skin* e congedi parentali inadeguati lasciano i padri privi di strumenti, trasformando la conciliazione vita-lavoro in una fonte di stress.

In questa frattura emerge il ruolo determinante dell'ostetrica, riconosciuta dai padri come la principale figura sanitaria di riferimento. Coinvolgere l'uomo nel percorso nascita non è una semplice concessione relazionale, ma un fondamentale atto di prevenzione in ambito di salute pubblica: un padre ingaggiato e formato riduce il rischio di depressione post-partum materna, sostiene l'allattamento e favorisce lo sviluppo neuro-cognitivo del bambino.

In conclusione, l'assistenza perinatale deve evolvere verso un modello compiutamente *family-centered*. Spetta all'ostetrica guidare questo cambiamento culturale, abbattendo le vecchie barriere per trasformare i percorsi nascita in spazi realmente educanti e inclusivi per entrambi i genitori. Sfruttando appieno strumenti strategici come i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) e l'assistenza personalizzata nel puerperio, l'ostetrica ha la competenza e la responsabilità di fornire al padre un'educazione mirata e rassicurante, affinché non sia più considerato un semplice ospite, ma diventi a tutti gli effetti una risorsa essenziale e insostituibile per la salute familiare.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Novara D Il papà peluche non serve a nulla. 1 st ed. Milano: Mondadori Libri S.p.A.; 2026: 188.
2. Volta A Mi è nato un papà. 1 st ed. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore; 2012: 137.
3. Pellai A Da uomo a padre. 1 st ed. Milano: Mondadori Libri S.p.A.; 2019:245.
4. Come si è evoluto il ruolo del padre. Ragusa; 2024, on-line all'URL https://www.uppa.it/evoluzione-del-ruolo-del-padre/ (ultima consultazione 07/2026)
5. Cannito M, Lubbock A, Torre M La partecipazione dei padri nei "primi mille giorni" la situazione italiana nel panorama europeo. 2023.
6. INPS, Save the Children Festa del Papà: INPS e Save the Children, stabile l'uso del congedo alla nascita ma persistono ampie differenze tra territori. 2026.
7. Zoja L Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre. 2 nd ed. Bollati Boringhieri; 2016: 344.
8. Quilici M Storia della paternità. Dal pater familias al mammo. 1 st ed. Fazi Editore; 2010: 576.
9. Miniati L Nuove paternità. Mutamenti nelle famiglie e cambiamenti nella relazione educativa. Ricerche Di Pedagogia E Didattica. Journal of Theories and Research in Education; 2017: 12(2), 113–142. On-line all'URL https://rpd.unibo.it/article/view/7084/6811 (ultima consultazione 29/07/2026).
10. Pellai A Sul monte della tua pancia. 1 st ed. Milano: San Paolo; 2007: 96.
11. Murgia A, Poggio B Padri che cambiano. Sguardi interdisciplinari sulla paternità contemporanea tra rappresentazioni e pratiche quotidiane. 1 st. ed. ETS; 2011: 248.
12. International Confederation of Midwifes, ICM Essential Competencies for Midwifery Practice. 2024.

13. World Health Organization, Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016.
14. National Institute for Health and Care Excellence, Antenatal care. Raccomandazione dalla 1.1.14 alla 1.1.16, 1.3.20. 2021.
15. World Health Organization, Who recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. 2018.
16. World Health Organization, Companion of Choice during Labour and Childbirth for Improved Quality of Care. 2020.
17. National Institute for Health and Care Excellence, Intrapartum care. Raccomandazione 1.4.4, 1.4.8, 1.4.11, 1.4.13. 2026.
18. World Health Organization, WHO reccomendations on maternale and newborn care for a positive postnatal experience. 2022
19. National Institute for Health and Care Excellence, Postnatal care. NICE guideline. 2026.
Raccomandazione 1.1.3, 1.1.4,1.1.5, 1.3.16,1.3.17,1.3.18,1.3.19.
20. Cordolcini G, Castagna A, Mascheroni E, Montirosso R. Skin-to-Skin Care and Spontaneous Touch by Fathers in Full-Term Infants: A Systematic Review. Behavioral Sciences. 2024; 14(1):60.
21. Shorey S, Ang L, Goh ECL, Gandhi M. Factors influencing paternal involvement during infancy: A prospective longitudinal study. Journal of Family Nursing. 2018,24(3):364-389.
22. United Nations Children's Fund (UNICEF), Early Childhood Development UNICEF Vision for Every Child. 2023.
23. World Health Organization, Improving early childhood development: WHO Guideline. 2020.
24. World Health Organization, Operationalizing nurturing care for early childhood development: the role of the health sector alongside other sectors and actors. 2019.
25. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group, Nurturing care for early childhood development: a framework for

helping children survive and thrive to transform health and human potential. 2018.

26. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Nurturing care and men's engagement: thematic brief. 2022.
27. Bestetti G, Giusti A, Lubbock A, Santoro A, Volta A, Zambri F, Progetto PARENT – Il padre nei primi mille giorni. Guida metodologica per formatrici e formatori dei corsi destinati alle professioni sanitarie. Roma; 2022.
28. Benelli E, Giusti A; Gruppo di lavoro 4E-PARENT. 4E-PARENT: il progetto europeo sul coinvolgimento dei padri. EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità; 2023.
29. Bagheri M, Salari E, Malaijerdi R, Nazari S. Investigating the effect of implementing a web-based educational program on fathers' involvement in infant care 0 to 6 months. Iran J Nurs Midwifery Res 2023; 28:174-78.
30. Aytuglu A, Thomas C.R, Howard C.J, Huang Y, Freeman J.Y, Koss K.J. et al., Prenatal Readiness for Fatherhood, Paternal Engagement, and Child Social-Emotional Competence. Dev Psychol 2025; 61(7):1245-58.
31. Small A, Kavanagh SA, Macdonald JA, Di Manno L, Wynter K. Father Involvement in Pregnancy and Postnatal Care: Combined Perspectives of Fathers, Mothers, and Service Providers. Nurs Health Sci 2025; 27:e70105.
32. Yildirim F, Şahin E, Does father involvement affect attachment and maternal depression and quality of life? : a randomized controlled trial. Family Practice, 2025, 42, cmaf024.
33. Akça K, Tuncay S, The relationship between fathers' involvement in infant care and infant attachment levels. Irish Journal of Medical Science (2026) 195:1451–1461.
34. Hironaka A, Watanabe H, Paternity leave duration and maternal depressive symptoms: a longitudinal study of paternal involvement and cooperating in Japan. Frontiers in Public Heatlth, 2026, 14:1891071.

ALLEGATO A

Questionario volto ad esaminare l'esperienza e la percezione dei padri, con figli fino a 24 mesi della regione Marche, nei confronti del proprio ruolo nei primi 1000 giorni di vita del bambino/a.

Gentile partecipante,

sono Olga Delmonte, studentessa del Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, e sto conducendo un'indagine conoscitiva sul ruolo paterno nei primi 1000 giorni di vita del bambino (dal concepimento ai 2 anni di età).

Sebbene l'attenzione sia spesso rivolta principalmente alle madri, anche i padri svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel benessere dei figli.

Il questionario è volto ad esplorare l'esperienza della transizione alla paternità, il rientro al lavoro e il coinvolgimento nella cura quotidiana e nel gioco con i propri figli.

La compilazione richiede circa 3 minuti ed è rivolta a: padri che vivono nelle Marche con figli fino a 24 mesi. È completamente anonima e ogni risposta rappresenta un contributo prezioso per la mia ricerca.

La ringrazio per il tempo dedicato.

1. Dati sociodemografici

- Età: risposta breve
- Titolo di studio:

• Laurea magistrale
• Diploma universitario/laurea triennale
• Diploma di scuola superiore
• Diploma di scuola media inferiore
• Licenza elementare

- Situazione familiare:

• Celibe
• Coniugato
• Separato
• Divorziato

• Vedovo
• Unito civilmente
- Professione:
• Occupato
• Disoccupato
• In cerca di prima occupazione
• Studente
• Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile…)
• Imprenditore o libero professionista
• Altro lavoratore autonomo
• Lavoratore dipendente: dirigente o direttivo
• Lavoratore dipendente: impiegato
• Lavoratore dipendente: operaio
• Altro lavoratore dipendente, agricoltura caccia pesca, industria
• Commercio pubblici servizi alberghi
• Pubblica amministrazione
• Altri servizi privati
- Numero figli: risposta breve

2. Percezione ruolo paterno

- Mi sento un caregiver attivo nella cura di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti
• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo
- Mi sento indipendente nella cura di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti
• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Mi sento incluso nelle decisioni riguardanti di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

3. Supporto e transizione alla paternità

- Mi sono sentito preparato alla paternità: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Ho avuto accesso a informazioni adeguate sul mio ruolo di padre: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Da quali fonti hai ottenuto informazioni riguardo la paternità (Nel caso in cui non fossi in disaccordo nella domanda precedente): Scelta multipla con possibilità di selezionare più di una risposta

• Siti web
• Social network
• Telegiornali e radio
• Quotidiani e riviste cartacee
• Podcast e video
• Libri e pubblicazioni specialistiche
• Passaparola
• Esperti

- Avrei avuto bisogno di maggiore supporto dopo la nascita: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Ho ricevuto supporto adeguato durante la transizione alla genitorialità: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Da quali figure hai ricevuto supporto durante la transizione alla genitorialità? (Nel caso in cui non fossi in disaccordo nella domanda precedente): Scelta multipla con possibilità di selezionare più di una risposta

• Ostetrica
• Ginecologo/a
• Pediatra
• Infermiere/a
• Psicologo/a
• Consultorio
• Gruppi di auto-mutuo aiuto
• Rete familiare
• Amici

4. Lavoro e congedo

- Il congedo ha soddisfatto i miei bisogni: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Ho trovato difficile conciliare lavoro e cura di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Il rientro al lavoro è stato semplice da gestire: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Il mio ambiente lavorativo è stato supportivo rispetto alla mia genitorialità: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

5. Coinvolgimento precoce

- Ho praticato lo skin to skin o pelle a pelle? (è una pratica in cui si posiziona il neonato nudo, o col solo pannolino, direttamente sul petto nudo del padre (o della madre) subito dopo il parto)

• Si
• No

- Partecipo alle cure quotidiane di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

- Mi occupo di mio/a figlio/a durante i momenti di disagio come il pianto: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

6. Sonno e addormentamento

- Mi occupo dell'addormentamento e della routine serale di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

- Mi occupo dei risvegli notturni e mio/a figlio/a si riaddormenta facilmente con me: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

7. Interazione e stimolazione

- Mi sento a mio agio nel giocare con mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Leggo libri a mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

- Gioco quotidianamente con mio/a figlio/a e considero questo tempo significativo per la nostra relazione: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Interagisco verbalmente con mio/a figlio/a (parlando, cantando): SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Mai
• Raramente
• Spesso
• Ogni volta

8. Tempo e ostacoli

- Vorrei avere più tempo da dedicare al gioco con mio/a figlio/a: SCALA LIKERT. da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- Mi sento stanco o poco disponibile durante i momenti di gioco: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo
• Fortemente d'accordo

- A volte trovo difficile capire come giocare con mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo
• In disaccordo
• D'accordo

• Fortemente d’accordo

- Gli impegni lavorativi limitano il tempo che posso dedicare a mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo

• In disaccordo

• D’accordo

• Fortemente d’accordo

9. Consapevolezza genitoriale

- Ritengo il gioco fondamentale per lo sviluppo di mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo

• In disaccordo

• D’accordo

• Fortemente d’accordo

- Mi sento competente nel giocare con mio/a figlio/a: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo

• In disaccordo

• D’accordo

• Fortemente d’accordo

- Mi piacerebbe partecipare a incontri o attività dedicate ai padri: SCALA LIKERT da 1 a 4 punti

• Fortemente in disaccordo

• In disaccordo

• D’accordo

• Fortemente d’accordo