

Il padre e i programmi di sostegno alla genitorialità: cosa può fare il pediatra

Lee JY, Knauer HA, Lee SJ, et al.

Father-Inclusive Perinatal Parent Education Programs: A Systematic Review

Pediatrics. 2018 Jun 14. pii: e20180437

Rubrica *L'articolodelmese*

a cura di *Costantino Panza*

Una revisione sistematica ha raccolto pochi interventi di sostegno al padre svolti in USA nel primo anno di vita del bambino e ha rilevato una carenza in questo ambito, nonostante la ricchezza di conoscenze scientifiche che ne sottolineano il valore. Vengono quindi delineati gli aspetti neurobiologici della figura paterna e le possibili cornice teoriche degli interventi di supporto al padre.

A systematic review has collected a few interventions to support the father in the US during the first year of life of the child and has revealed a lack in this area, despite the fullness of scientific knowledge that support the value of this kind of interventions. The neurobiological aspects of the paternal figure are then outlined and the possible theoretical frames of interventions to support the father.

Background

Il coinvolgimento del padre nell'allevamento della prole è associato a un rischio ridotto di prematurità e di mortalità infantile, a un miglioramento del parenting, della relazione coniugale, dell'interazione con il bambino e a un effetto positivo sull'educazione dei figli. Il sostegno alla paternità ha un effetto positivo sulla salute mentale e fisica di entrambi i genitori.

Scopi

Valutazione dell'efficacia dei programmi di sostegno alla genitorialità rivolti al padre durante il periodo perinatale, effettuati in USA, con la misurazione degli esiti entro un anno dalla nascita del bambino.

Metodi

Revisione sistematica della letteratura. Criteri di inclusione: 1) trial con o senza gruppo di controllo, o studi qualitativi metodologici per la valutazione dei programmi perinatali educativi rivolti ai genitori; 2) interventi rivolti anche al padre; 3) trial svolti in USA; 4) realizzazione in diversi setting; 5) misurazione degli esiti sul padre; 6) valutazione degli esiti entro un anno dalla nascita del bambino. Gli outcome inclusi nella revisione hanno riguardato: l'interazione padre-figlio, il coinvolgimento paterno nelle cure, la conoscenza delle funzioni genitoriali, l'attitudine e l'autoefficacia paterna, la relazione di coparenting con la madre. La salute mentale è stata valutata attraverso esiti specifici includendo anche la qualità di relazione di coppia, il comportamento supportivo e una valutazione soggettiva paterna.

Risultati

Sono stati inclusi nella revisione 21 articoli su 1.353 articoli selezionati; i programmi inclusi nella revisione sono associati a un incremento del coinvolgimento del padre, della relazione di coparenting e a una migliore qualità di relazione di coppia e di salute mentale. Non sono presenti effetti apprezzabili sull'interazione con il bambino, sulla conoscenza delle funzioni genitoriali, sull'attitudine e sull'autoefficacia. Nella maggior parte degli studi è presente un rischio di bias elevato e una scarsa numerosità in molti degli interventi esaminati (da 14 a 173 partecipanti per trial).

Conclusioni

Sono necessari ulteriori studi su interventi di supporto al padre in epoca perinatale, realizzati secondo disegni evidence-based più rigorosi. I medici possono giocare un ruolo chiave per coinvolgere i padri nei programmi di educazione alla funzione genitoriale e alla cura della prole.

Commento

Numerosi studi di coorte eseguiti nel mondo occidentale hanno mostrato come il coinvolgimento del padre nell'accudimento del bambino fin dalla nascita ha un effetto di protezione e di beneficio, sia a breve che a lungo termine, sul comportamento, sul successo scolastico e sulla salute mentale della prole, come ad esempio la riduzione di disturbi esternalizzati o internalizzati, l'abuso di sostanze, il comportamento criminale; inoltre riduce lo svantaggio economico, migliora le relazioni, le competenze emotive, l'autostima e il benessere in generale all'interno della famiglia [1,2]. Tuttavia i programmi che prevedono il coinvolgimento del padre nell'ambito del sostegno alla genitorialità sono pochi, un segno forse dell'abitudine a non considerare la triade padre-madre-figlio. Infatti, fino a non molto tempo fa, gli studi si sono rivolti all'osservazione della diade mamma-figlio, secondo un modello culturale tradizionalmente adottato dalla ricerca scientifica e psicoanalitica, che ha escluso di fatto il coinvolgimento del padre nell'analisi delle dinamiche familiari [3,4].

Il padre è necessario?

Al di fuori della classe degli uccelli, dove nel 90% delle specie il padre è presente, è raro vedere nel mondo animale l'accudimento paterno della prole. Nella classe dei mammiferi appena il

5% delle specie esibisce le cure del padre. Tra i primati, solo nel 14% delle specie il cucciolo ha il papà, soprattutto in quelle specie dove le nascite sono gemellari e gli intervalli tra le gravidanze molto ristretti: un fatto che richiede un necessario incremento delle cure genitoriali. Tra gli ominidi (chiamati anche grandi scimmie: orango, gorilla, bonobo, scimpanzé, uomo) non sono previste le cure bi-genitoriali, ad esclusione della nostra specie. A causa del carattere spiccatamente culturale della biologia umana, il padre che accudisce la propria prole non è una regola costante nelle diverse società o nelle diverse epoche storiche e preistoriche. Infatti, a uno sguardo etnografico, sono presenti ampie differenze nella struttura delle famiglie: il 31% delle società prevede la poligamia, il 51% la poligamia occasionale e solo il 17% delle relazioni di coppia nelle società non industriali è monogamico. Dal punto di vista antropologico sono descritte in diverse culture e in diversi tempi storici (e preistorici) le cure allomaterne o cure alloparentali, ossia un allevamento da parte di caregiver che non sono rispettivamente la madre o i genitori, oppure un allevamento cooperativo che coinvolge una parte o tutta la comunità nelle cure offerte fin dalla nascita. In tutti questi casi, così come in molti altri esempi tra diverse specie di mammiferi, le cure paterne possono essere facoltative e non obbligate. Nella famiglia allargata o estesa, composta da più generazioni di persone imparentate tra di loro, la cura dei bambini poteva essere sostenuta da più adulti mentre oggi i nuclei familiari sono composti perlopiù dai soli genitori e la loro prole. Infine, l'odierna società è caratterizzata da elevata complessità del vivere collettivo e al cucciolo d'uomo sono richiesti lunghi tempi di formazione per potersi inserire in modo efficace nel mondo produttivo e sociale. Tutto questo richiede un allevamento attento del bambino che, se fornito in modo positivo da ambedue i genitori porta a migliori esiti sulla salute fisica e mentale [5-7].

Nuove famiglie, nuovi padri

La famiglia nucleare tradizionale, se mai è esistita una forma di riferimento biologica e culturale di famiglia umana formata da una coppia eterosessuale sposata e con figli biologici, è oggi nel mondo contemporaneo una realtà numericamente sempre meno rappresentata. Nuove forme di famiglia si stanno diffondendo nelle società moderne: dalle famiglie con genitori divorziati, o ricomposte con genitori sociali, a famiglie con genitori conviventi non coniugati, famiglie con figli nati da pratiche di procreazione medicalmente assistita, come la fecondazione in vitro eterologa (FIVET) o l'inseminazione eterologa (ID), famiglie con bambini in affidamento o in adozione, famiglie con partner omosessuali, fino alle famiglie con genitore unico o con un genitore non convivente. Qualche numero: i matrimoni, in Italia, sono calati del 22% negli ultimi dieci anni (passando 247.740 nel 2005 a 194.377 nel 2015), rispecchiando uno dei tassi di nuzialità più bassa in tutta Europa; le separazioni dal 1995 al 2015 sono passate da 52.323 a 91.706 e i divorzi rispettivamente da 37.537 a 82.468, un trend in continua crescita [8]. Le coppie coniugate con figli erano il 45.2% nel 1993/94 mentre nel 2011 sono scese al 33.7%; un unico genitore descrive l'11.8% delle famiglie italiane con bambini di età inferiore a 17 anni [9]. Le famiglie cosiddette atipiche sono una realtà accentuata soprattutto nel mondo anglosassone: nel 23% dei nuclei familiari americani con bambini minorenni le madri sono l'unico genitore e il 5% presenta il padre come unico genitore [10]. Infine, le famiglie con genitori omosessuali, una realtà ben radicata in quelle società che da tempo hanno adotta-

Box 1. Aree cerebrali coinvolte nella funzione genitoriale del padre e della madre

Reti neuronali corticali e paralimbiche

Rete per la simulazione incarnata:

lobulo parietale inferiore, giro frontale inferiore, area sensoria premotoria.

Rete della mentalizzazione:

giro e solco temporale superiore, giunzione parieto-temporale, polo temporale, corteccia cingolata posteriore, corteccia prefrontale ventromediale, precuneus, corteccia frontopolare.

Rete per l'empatia:

area insulare, area del cingolo, area motoria supplementare.

Rete per la regolazione emozioni:

corteccia orbitofrontale mediale, corteccia prefrontale dorso-laterale, giro frontale medio, corteccia frontopolare.

Reti sottocorticali

Rete per la vigilanza:

amigdala.

Rete limbica per la motivazione/gratificazione:

area del tegmento ventrale, nucleo accumbens, nucleo striato, sostanza nigra, globo pallido.

Rete per la genitorialità nei mammiferi:

ipotalamo, stria terminalis, setto laterale, nucleo caudato, area preottica mediale.

Da voce bibliografica 3.

to una legislazione favorevole a questo tipo di unioni, anche da noi iniziano ad essere rappresentate con una numerosità non più trascurabile. In queste famiglie si pone il quesito se e come sia possibile esperire il ruolo e la funzione paterna [11].

Definizione di padre

Secondo l'Accademia Americana di Pediatria, il padre è definito come il maschio o i maschi più coinvolti nell'accudimento e nella responsabilità del benessere del bambino, indipendentemente dalla situazione abitativa, dallo stato civile o dalla relazione biologica. Un padre può essere biologico, adottivo o sociale, un patrigno oppure un nonno. Egli può o meno avere la custodia legale del bambino, può essere residente o non residente nel nucleo familiare [12]. Al di là della definizione, ciò che caratterizza di più il padre è il suo coinvolgimento nel sostegno alla famiglia e nella cura della prole. Per un biologo evolutivista è di interesse l'investimento genitoriale in termini di fitness, ossia il provvedere a cibo, denaro e tempo per una sana crescita e per aumentare le possibilità che il figlio/a trovi una compagna/o per fare figli. Uno schema di valutazione biologica utilizzato per valutare il comportamento paterno nelle diverse specie animali distingue le cure dirette (interazione diretta, custodia e trasporto dei cuccioli) da quelle indirette (alimenti, protezione contro i predatori, eredità). Un sociologo o un economista è interessato al coinvol-

gimento paterno in termini di disponibilità a un impegno finanziario non solo per i bisogni materiali ma anche per le necessità di studio. Nelle rilevazioni statistiche sono misurate le quantità di tempo che un padre dedica al gioco o alla condivisione delle faccende domestiche. Per gli psicologi, così come per i pediatri, l'interesse sul padre è soprattutto sul coinvolgimento emotivo verso il bambino e la relazione di co-parenting. Per misurare il coinvolgimento paterno nella cura dei bambini, estremamente variabile sia tra le diverse culture e sia all'interno di una comunità, si utilizza spesso la concettualizzazione di Lamb e Pleck che valuta l'accessibilità (presenza e disponibilità, la frequenza dei contatti, la co-residenza, la presenza alla nascita), il coinvolgimento (contatto diretto: gioco, lettura, gestione delle attività esterne o durante il pasto, le routine) e la responsabilità (partecipazione alle decisioni sulla cura del bambino, accompagnare alle visite mediche, sostegno economico alla famiglia, sostegno emotivo e materiale al bambino) [1,10,12-14]. Recenti ricerche hanno sottolineato che, come per la madre, anche per il padre la misura della qualità dell'interazione con il figlio, ossia il calore, la responsività, l'intrusività o, all'opposto, il distanziamento, sono importanti caratteristiche del coinvolgimento strettamente legate ad esiti comportamentali nella prole. Fattori che influiscono sulla partecipazione paterna alla cura della prole sono la propria identificazione nel ruolo di padre, la relazione coniugale, lo stile educativo della madre, la salute mentale di entrambi i genitori, il carattere, il genere e l'età dei figli (Figura) [15-17]. È da sottolineare che benché siano presenti forti connotatori di mascolinità nelle diverse etnie e culture, la ricerca scientifica ha focalizzato nell'ambito della paternità i compiti genitoriali e lo stile della relazione, escludendo una definizione di mascolinità del padre. Contrariamente a ciò, diversi commentatori e studiosi, spesso di area psicoanalitica, hanno sottolineato l'importanza di un distinto ruolo di genere paterno/maschile e materno/femminile fino alla fine del XX secolo. Infine, l'aumento costante delle cure paterne nelle famiglie occidentali contemporanee e la presenza di numerose famiglie costituite dal padre come unico genitore hanno portato all'osservazione che alcuni maschi sono competenti e capaci di rimpiazzare le funzioni materne nelle società postindustriali [10,12,18,19].

Biologia del padre

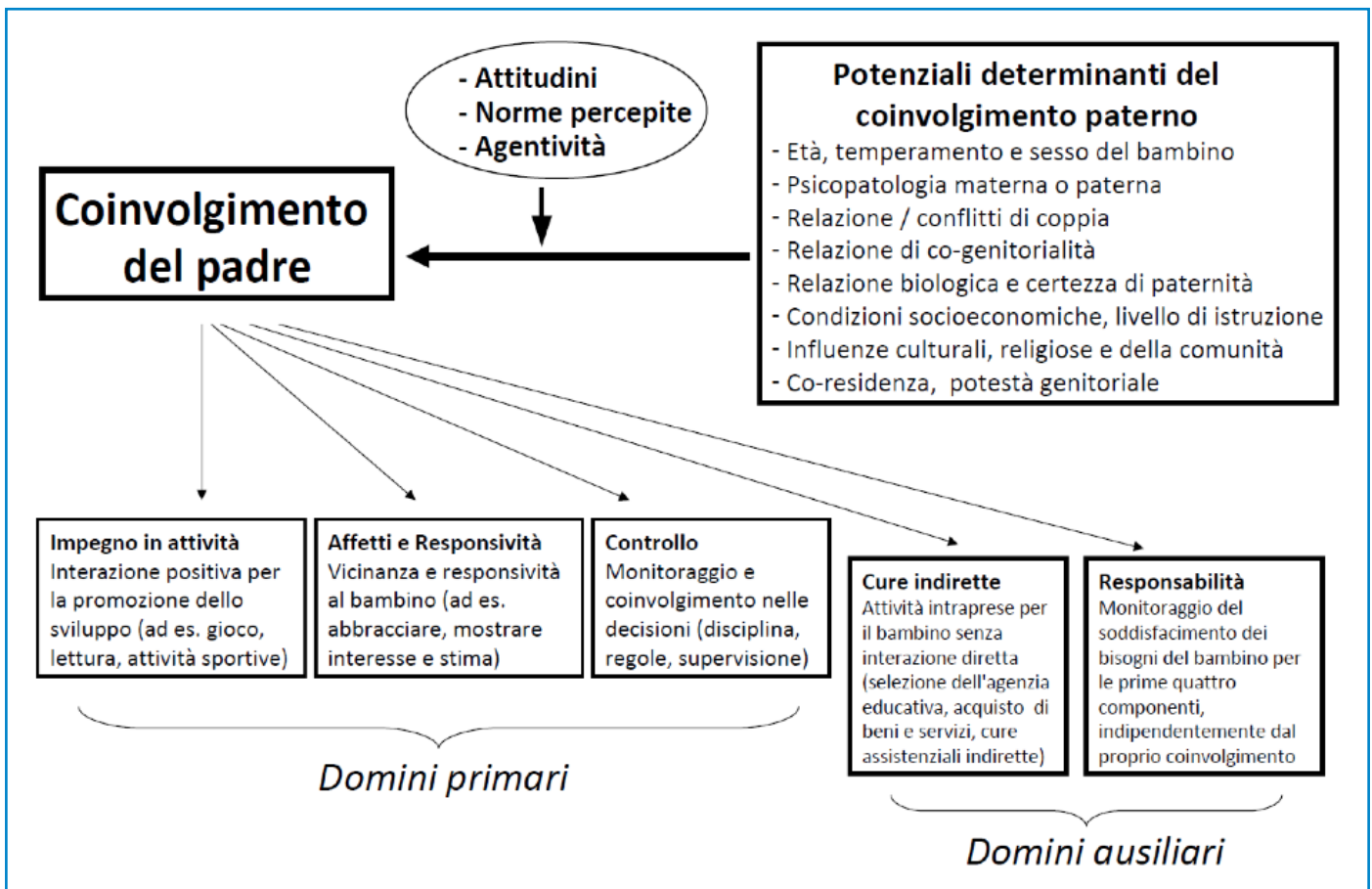
Quali sono le peculiarità che definiscono in termini biologici una persona come padre? Nelle femmine dei mammiferi la motivazione all'accudimento alla prole è riconosciuta essere mediata dagli ormoni estrogeni, ossitocina, vasopressina e prolattina, coinvolgendo l'area preottica mediale dell'ipotalamo. Questa area cerebrale attiva il sistema dopaminergico mesolimbico, che produce una motivazione all'attaccamento e, contemporaneamente, favorisce l'inibizione di alcune strutture come l'amigdala mediale, l'ipotalamo anteriore e la sostanza grigia periacqueduttale coinvolte nel rifiuto o nell'evitamento della prole. Nell'uomo, l'ossitocina stimola il comportamento paterno di accudimento. I livelli di questo ormone, simili a quelli della madre, sono più elevati rispetto all'uomo single non-padre, e aumentano nei primi mesi di paternità. L'assunzione intranasale di ossitocina stimola nell'uomo la reciprocità sociale, l'imitazione del volto del lattante, le cure prossimali attraverso il contatto fisico e le carezze, e l'attività di gioco con il bambino, riducendo nel contempo il comportamento ostile verso i bambini più grandi. È presente una correlazione positiva tra livelli di ossitocina paterna e della pro-

le: più elevati livelli di ossitocina paterni preannunciano elevati livelli di ormone anche nel figlio, un comportamento transgenerazionale che è mediato dal comportamento paterno: una radice per la qualità delle cure non solo genetica quindi, ma anche ambientale [6]. Il testosterone dei padri che accudiscono i figli ha un calo del 26% nelle ore diurne e fino al 34% nelle ore notturne, mentre padri con livelli elevati di testosterone non parlano in marmese e carezzano di meno i figli. Il pianto del bambino può portare a una riduzione del testosterone con la conseguente facilitazione a un accudimento protettivo; al contrario, il pianto di un neonato estraneo fa aumentare i livelli di questo ormone, favorendo un comportamento di ostilità, di minor empatia o anche, secondo una ipotesi biologica, un atteggiamento di aggressività allo scopo di difendere il lattante. Alti livelli di testosterone, rilevati ad esempio in padri di società tradizionali, riducono forme primarie di coinvolgimento paterno ma facilitano il rifornimento di beni e la protezione della famiglia. Tuttavia sembra essere presente in alcuni mammiferi una complessa relazione tra i livelli di testosterone e l'accudimento: infatti in alcune specie di roditori l'ossitocina stimola nel maschio la conversione enzimatica del testosterone in estradiolo favorendo in questo modo il comportamento genitoriale. Questo ormone presenta un calo durante la gravidanza della partner; il matrimonio o il legame di coppia, l'accudimento prossimale e il co-sleeping con il bambino sono tra le attività che influenzano il livello di testosterone paterno. La prolattina nell'uomo, similmente alla donna, aumenta durante la gravidanza della partner. Questo ormone è correlato a un aumento di responsività in occasione del pianto del lattante e a più lunghi tempi dedicati al gioco con la prole. La vasopressina, anche se poco studiata, sostiene l'attenzione del padre verso il bambino soprattutto verso la stimolazione motoria e sembra coinvolta nella trasmissione intergenerazionale del comportamento paterno; la sua somministrazione intranasale modula i circuiti corticali deputati alla teoria della mente, alle risposte socio-emotive e alla cognizione sociale [6, 20-22].

Neurobiologia e sincronia biocomportamentale del padre

L'accudimento paterno e materno nella nostra specie sono probabilmente sovrapponibili dal punto di vista neurobiologico. Le diverse reti neuronali (simulazione incarnata, regolazione delle emozioni, empatia, mentalizzazione), definite complessivamente anche con il nome di Cervello Sociale, sono attivate dagli stimoli provenienti dal bambino in modo simile nel padre e nella madre, mentre questo non si verifica in altri adulti non imparentati. A differenza degli altri mammiferi, dove sono prevalentemente o esclusivamente attivate le strutture mesolimbiche legate alla motivazione/gratificazione, nei genitori umani sono fortemente rappresentate le reti della corteccia cerebrale che coinvolgono complesse interazioni delle aree della percezione con quelle dell'attivazione motoria e della rappresentazione mentale dello stato del bambino, ossia le aree corticali associative e quelle deputate all'elaborazione sociocognitiva (Box 1) [23]. La sincronia biocomportamentale, ossia la coordinazione dei segnali biologici e comportamentali tra il genitore e il bambino è un processo fondamentale nella formazione di un legame, ed è stato riscontrato tra le specie mammifere. Nella nostra specie, la sincronizzazione dei movimenti durante il gioco, il canto o la danza è governata dall'amigdala e dal nucleo accumbens tramite l'ossitocina, e si riflette sul sistema nervoso autonomo, che sincronizza il battito cardiaco e il ritmo respiratorio della diade; un

Figura. Un modello comportamentale di coinvolgimento paterno (Da voce bibliografica 4 e 17, modificato).



effetto vantaggioso della sincronizzazione, oltre al senso di benessere, è la stimolazione di un comportamento prosociale del bambino fin dalla più tenera età. La sincronia padre-figlio favorita da attività intersoggettive come il guardarsi reciprocamente, le vocalizzazioni e le carezze, permette al bambino di sviluppare l'attaccamento verso il padre e di sviluppare l'interesse all'esplorazione dell'ambiente. Riferendosi alla triade madre-padre-bambino, anche i due genitori hanno la capacità di sincronizzare le loro risposte cerebrali in risposta a stimoli provenienti dal lattante, migliorando la comprensione intuitiva delle richieste del bambino. Uno studio di risonanza magnetica funzionale su coppie di genitori che osservavano il proprio bambino giocare ha rivelato una attivazione sincronica nei due genitori delle reti neurali della mentalizzazione e dell'empatia, indicando pertanto che un genitore può condividere con l'altro genitore in tempo reale la comprensione sullo stato e i segnali provenienti dal bambino. Mentre nella madre le strutture cerebrali più attivate erano quelle del sistema mesolimbico della motivazione, nel padre erano più rappresentate le aree corticali legate alla cognizione sociale (Box 1) [21]. Successivi studi sperimentali hanno mostrato come anche nel padre in realtà sono spesso attivate le strutture limbiche deputate alla motivazione e alla gratificazione, base neurologica per la costruzione dell'attaccamento. Questa variabilità neurobiologica può essere spiegata dalle profonde differenze culturali e sociali presenti nei diversi contesti di coinvolgimento paterno, anche all'interno di una stessa comunità [20]. La risposta del cervello di madri eterosessuali, padri eterosessuali e padri gay di fronte agli stimoli provenienti dal lattante ha mostrato come i padri gay presentino attivazioni cerebrali dell'amigdala e del sulcus temporale superiore, in modalità simile a quella rispet-

tivamente delle madri e dei padri eterosessuali; inoltre, i livelli di sincronia con il bambino nei padri omosessuali sono uguali a quelli rilevati nelle madri biologiche, con livelli non dissimili di ossitocina nei padri gay rispetto a padri o madri eterosessuali; da notare che non sono state rilevate differenze di ossitocina tra i padri gay biologici e non biologici. Questi dati prospettano una base comune della maternità e della paternità, indipendentemente dall'orientamento sessuale dei padri. Infine, i livelli di testosterone nei padri gay, in uno studio pilota, non sembrano diminuire rispetto ai padri eterosessuali: questo fatto potrebbe essere spiegato, da un punto di vista evolutivo, con la necessità di maggiore protezione della prole a causa dell'ostilità sociale e della presenza di un Gender Minority Stress, una condizione di elevato livello di stress causato dalla vittimizzazione, dal rifiuto, dalla discriminazione e dalla non affermazione della propria identità di genere [22,24].

Il padre nelle cure primarie

Il padre è presente in ambulatorio in media a 1 visita su 5 o accompagna il bambino ad un bilancio di salute una volta all'anno solo nel 53% dei casi, secondo le diverse statistiche. La presenza del padre in ambulatorio può essere considerato un buon indicatore del suo interesse verso la famiglia. Il suo desiderio di diventare genitore o, al contrario, la presenza di una gravidanza indesiderata, il sesso o il temperamento del bambino, il vivere sotto lo stesso tetto familiare (co-residenza) sono determinanti per l'intenzione o il tempo da dedicare all'essere padre. Credenze religiose o culturali, la relazione affettiva con la partner, la gestione della co-genitorialità sono tutti fattori che possono condizionare l'interazione padre-figlio e dovrebbero essere argomenti da di-

scutare con il pediatra. La salute mentale paterna ha una influenza determinante sul sistema familiare ed è per questo motivo che il pediatra ha la necessità di valutare possibili disturbi o una condizione di depressione paterna, che nel periodo perinatale può avere una prevalenza dal 2.3% al 8.4% a seconda delle statistiche [25], così come abitudini come il consumo di alcol, di tabacco o di sostanze stupefacenti (Figura). I molti fattori determinanti l'intenzione a impegnarsi in un comportamento genitoriale agiscono attraverso tre componenti:

- l'attitudine ossia le convinzioni specifiche sull'esecuzione di un comportamento; includono attitudini esperienziali (risposte emotive all'idea di impegnarsi in un comportamento, ad esempio a seconda del sesso o del temperamento del figlio) e attitudini strumentali (convinzioni sui potenziali risultati del comportamento legati per lo più all'identificazione nel ruolo di padre secondo le norme culturali, religiose o alla relazione di coppia);
- la percezione delle norme, determinate dalle credenze su ciò che gli altri pensano del proprio impegno di genitore. Le norme ingiuntive sono caratterizzate dall'aspettativa che gli altri hanno sul comportamento del padre, mentre le norme descrittive sono influenzate dalle azioni degli altri. Ad esempio i padri di diverse etnie - come ad esempio in Africa Sub-sahariana e Centro-Sud America - si lasciano coinvolgere nell'interazione con molta più frequenza rispetto ai padri del Nord Europa o Nord America, a causa delle diverse norme percepite sul proprio ruolo genitoriale;
- il senso del controllo e l'auto-efficacia, definite dalla consapevolezza nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni volontarie necessarie a gestire adeguatamente le situazioni in modo da raggiungere i risultati prefissati, e di saper controllare le proprie azioni secondo le necessità e i vincoli imposti dall'ambiente. Questa facoltà definisce l'agentività (Human Agency secondo il modello di Albert Bandura), ossia la capacità di intervenire sulla realtà e produce il senso di auto-efficacia. Un padre auto-efficace è più convinto di quello che fa e questo si trasferisce nella qualità della sua relazione con il bambino. La presenza di ansia o depressione, uno stress elevato, il temperamento difficile del bambino, una ridotta qualità della relazione di coppia abbassano il senso di auto-efficacia e di conseguenza riducono il coinvolgimento del padre nelle cure (Figura) [4,12,26,27]. È necessario conoscere questo complesso contesto di determinanti biologico/sociali e le variegate motivazioni, che nell'uomo agiscono sull'assunzione di un modello di comportamento genitoriale per costruire interventi di sostegno alla paternità universali o selettivi.

Cosa può fare il pediatra e gli interventi possibili

Il miglior modo di aiutare il bambino è aiutare i suoi genitori e il miglior modo per raggiungere i genitori è attraverso il bambino. Il pediatra, in un contesto di cure primarie, incontra tutti i bambini, soprattutto nel primo anno di vita: per questo motivo è in una posizione privilegiata nel promuovere il coinvolgimento del padre nell'accudimento dei figli, in una sorta di attività di prevenzione e di promozione del benessere del bambino. Un'altra peculiarità dell'intervento universale è che le famiglie con fattori di rischio non vengono stigmatizzate; allo stesso tempo il pediatra può modulare l'intensità del suo impegno sulle famiglie che ritiene più in difficoltà. Inoltre, l'intervento di prevenzione può essere modificato seguendo i tempi di sviluppo del bambino. Infine, il pediatra è nella posizione più opportuna nel considerare speciali azioni di sostegno, attraverso l'invio della

famiglia a operatori specializzati in particolari situazioni di rischio [19]. Già dalla prima visita il pediatra dovrebbe rivolgersi in egual modo ai due genitori, rivolgendosi direttamente al padre durante i momenti di colloquio. L'offerta di specifiche guide anticipatorie al padre sulle cure utili al lattante (ad esempio il contatto pelle a pelle, come sostenere l'allattamento, cosa fare quando piange), per migliorare le conoscenze e promuovere le sue abilità nel prendersi cura del piccolo dovrebbe far parte dei temi da discutere nei primi bilanci di salute. Il pediatra, durante questi colloqui, può introdurre il concetto di co-parenting, ossia l'impegno reciproco dei genitori nel cooperare insieme per la cura del bambino - indipendentemente dal legame di coppia qualunque esso sia, ad esempio di tipo affettivo, legale o economico - e può discutere sui forti cambiamenti che la relazione di coppia può subire e come fare per mantenere saldo il legame con la partner [12]. Le diverse strategie con cui il pediatra può favorire il coinvolgimento del padre in ambulatorio sono state descritte in un recente clinical report dell'Accademia Americana di Pediatria che illustriamo brevemente nel box 2.

Sono pochi gli interventi rivolti al sostegno paterno nelle cure primarie pubblicati nella letteratura scientifica. Una revisione sistematica di interventi sui genitori per la prevenzione del maltrattamento ha messo in rilievo solo 2 interventi, sui 16 selezionati dalla revisione, con un coinvolgimento specifico dei padri, e solo 2 interventi hanno misurato gli outcome distinguendo i padri dalle madri, nonostante il fatto che i padri siano responsabili del 54% dei casi di abuso intrafamiliare rispetto al 44% delle madri [28]. Una revisione sistematica ha raccolto 113 pubblicazioni su 92 programmi di sostegno alla genitorialità che includono il padre, svoltisi in 20 differenti nazioni. Solo 11 interventi sono stati realizzati con un disegno di trial controllato randomizzato e 9 con quello di un trial con controllo; un elevato rischio di bias riferito al disegno dello studio o alla modalità di svolgimento dell'intervento e a misurazioni di esito spesso non pertinenti o autoriportate dal genitore sono tra i fattori che caratterizzano molti interventi [3]. I programmi di sostegno al padre, e più in generale alla genitorialità, devono riferirsi a un preciso inquadramento teorico e a un rationale di intervento che preveda obiettivi commisurati alla modalità di coinvolgimento del genitore [29]. Nella revisione oggetto di questo articolo del mese la maggior parte degli interventi (11 su 19) si basavano sulle guide anticipatorie per migliorare la conoscenza dello sviluppo del bambino e per ottenere l'auto-efficacia del padre nella gestione del bambino e nel co-parenting; le guide anticipatorie nei diversi interventi sono state somministrate nel periodo antenatale o immediatamente postnatale secondo un timing definito, direttamente in colloquio face to face con l'operatore sanitario con l'ausilio di materiale cartaceo o multimediale, oppure attraverso incontri in piccoli gruppi o, infine, tramite applicazioni web. Il pediatra dovrebbe riconoscere l'importanza di quest'ultima modalità di intervento che può raggiungere anche i padri che frequentano poco l'ambulatorio. Inoltre, è necessario prevedere una verifica dell'impegno del padre a seguire le guide anticipatorie, del suo coinvolgimento nelle attività familiari e, infine, misurare il suo grado di agentività e di modificazione del comportamento [30-32].

In Italia

Anche da noi sono scarsi gli interventi di sostegno al padre docu-

Box 2. Cosa può fare il pediatra per coinvolgere il padre nell'accudimento dei figli

1. Accogliere il padre esprimendo l'apprezzamento di averlo presente in ambulatorio. Coinvolgerlo direttamente nei discorsi chiedendo la sua opinione.
2. Chiedere con tatto quale relazione è presente con la partner (se coniugato, convivente, non residente) e quali sono le sue opinioni sulle cure paterne.
3. Il padre e la madre possono non essere sempre d'accordo sulle strategie educative. Il pediatra può avere un ruolo di mediazione in queste discussioni.
4. Sottolineare come i bambini osservino il padre come un modello di comportamento da seguire.
5. Eseguire uno screening per la depressione paterna perinatale.
6. Valutare l'attitudine e l'impegno per le vaccinazioni.
7. Informare il padre dell'importanza del suo ruolo nelle attività di gioco e come esempio per l'attività fisica.
8. Conoscere la composizione della famiglia, le credenze culturali sulla paternità ed il ruolo maschile nella famiglia, la divisione dei compiti tra i genitori.
9. Incoraggiare il padre ad assumere alcuni impegni precocemente nel prendersi cura del bambino e incoraggiare la madre a lasciare spazio all'accudimento del partner.
10. Informare la famiglia sui sentimenti di euforia e stanchezza e sulle sfide dell'essere padre. Discutere chiaramente sulle modifiche del sonno per tutta la famiglia, sui cambiamenti della vita di coppia ecc. Questi momenti potrebbero essere la prima occasione per un padre di parlare di questi problemi.
11. Educare il padre a supportare la partner durante l'allattamento.
12. Discutere su come si sta aggiustando la vita di coppia nel nuovo ruolo di genitori.
13. Promuovere iniziative pubbliche per sostenere il coinvolgimento del padre nell'accudimento della prole.
14. Coinvolgere entrambi i genitori in caso di richiesta di consenso informato o per altre pratiche legali o medico-legali rivolte alla cura del bambino.

Da voce bibliografica 12, modificato.

mentati con la pubblicazione dei risultati. Sono presenti su tutto il territorio nazionale, con una diffusione a macchia di leopardo, i cosiddetti "Il Cerchio dei papà", gruppi di incontro per padri che si svolgono nel periodo pre o postnatale, spesso all'interno della programmazione dei consultori familiari. Questi interventi, centrati sull'accompagnamento a diventare genitore, non hanno una precisa strutturazione e l'assenza di una documentazione degli esiti pubblicata su riviste peer review non ci permette di descriverne l'efficacia. In Campania, un intervento sui padri, in un colloquio faccia a faccia con un operatore sanitario alla nascita del bambino sulla prevenzione e la gestione delle più frequenti difficoltà della partner durante l'allattamento, ha portato a un significativo aumento della prevalenza di allattamento esclusivo a 6 mesi rispetto a un gruppo di controllo al quale non erano state offerte queste informazioni (rispettivamente 25% e 15%) [33]. Un intervento in Emilia ha valutato l'efficacia di una newsletter di guide anticipatorie nel promuovere l'auto-efficacia dei genitori. Un gruppo di intervento ha ricevuto otto guide anticipatorie a casa fino all'età di 10 mesi del bambino, con informazioni sullo sviluppo, sulle interazioni e giochi da poter fare in famiglia e sulla relazione di coppia. Rispetto a un gruppo di controllo, le dimensioni dell'auto-efficacia, misurate con un test standardizzato, sono risultate migliori nelle competenze del gioco, accettazione di sé, emozioni, controllo dello stress, con un aumento dei punteggi soprattutto per i genitori con un più elevato titolo di studio e al primo figlio; non sono state osservate differenze tra le madri e i padri in una analisi differenziata [34].

Conclusioni

La genitorialità umana si è evoluta nei tempi fino a riconoscerne, nella nostra società, un accudimento responsivo da parte

dei genitori come il miglior modo per sostenere la crescita e lo sviluppo del bambino. La presenza del padre, o la sua assenza, ha un impatto sul bambino, sulla mamma e sulla famiglia, che non deve essere trascurato. La genitorialità paterna, come quella materna, ha un substrato neurobiologico ma presenta ampie variabilità di espressione a seconda dei contesti e dei determinanti socio-culturali. L'essere padre, pertanto, non è un concetto statico, ma dinamico, che risente di molte influenze ed è in continua modificazione di espressione all'interno della triade familiare. Sono pochi ad oggi i programmi di sostegno ideati per la partecipazione del padre; purtroppo, in molti casi i programmi di parenting dovrebbero essere rinominati come programmi per il sostegno della madre. Il rivolgere l'attenzione anche ai padri e prevedere un loro forte coinvolgimento nel prendersi cura della prole è un impegno per il pediatra a cambiare le proprie routine ambulatoriali. Il pediatra è in una posizione di assoluto privilegio per proporre dei programmi di sostegno alla genitorialità rivolti a entrambi i genitori. Per far questo è necessario ridurre il gap tra quello che sappiamo e quello che oggi facciamo.

1. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr.* 2008;97(2):153-8

2. Ramchandani PG, Domoney J, Sethna V, et al. Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(1):56-64

3. Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, et al. Practitioner review: Engaging fathers-recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *J Child*

- Psychol Psychiatry. 2014;55(11):1187-212
4. Allport BS, Johnson S, Aqil A, et al. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Acad Pediatr*. 2018 Apr 10. pii: S1876-2859(18)30163-3
 5. Konner M. *The evolution of Childhood. Relationship, Emotion, Mind*. Harvard University Press 2010
 6. Abraham E, Feldman R. The neurobiology of human allomaternal care; implications for fathering, coparenting, and children's social development. *Physiol Behav*. 2018;193(Pt A):25-34
 7. Hrdy SB. *Mothers and others*. Harvard University Press 2009
 8. ISTAT. *Italia in cifre 2016*
 9. ISTAT. *Annuario statistico italiano 2016*
 10. Gray PB, Anderson KG. *Fatherhood. Evolution and Human Paternal Behavior*. Harvard University Press 2010
 11. Baiocco R, Carone N, Ioverno S, Lingiardi V. Same-Sex and Different-Sex Parent Families in Italy: Is Parents' Sexual Orientation Associated with Child Health Outcomes and Parental Dimensions? *J Dev Behav Pediatr*. 2018 May 16. [Epub ahead of print]
 12. Yogman M, Garfield CF; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Fathers' Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. *Pediatrics*. 2016;138(1). pii: e20161128
 13. Opondo C, Redshaw M, Savage-McGlynn E, et al. Father involvement in early child-rearing and behavioural outcomes in their pre-adolescent children: evidence from the ALSPAC UK birth cohort. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012034
 14. Lamb ME, Pleck JH, Charnov EL, et al. Paternal behavior in humans. *Am Zool* 1985;883-894
 15. Ramchandani PG, Domoney J, Sethna V, et al. Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):56-64
 16. Planalp EM, Braungart-Rieker JM. Determinants of father involvement with young children: Evidence from the Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort. *J Fam Psychol*. 2016;30(1):135-46
 17. Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:87-92
 18. Lamb ME. 2010. *The Role of the Father in Child Development*, 5th Edition. John Wiley & Sons Hoboken, 2010
 19. Perrin EC, Leslie LK, Boat T. Parenting as Primary Prevention. *JAMA Pediatr*. 2016;170(7):637-8
 20. Rilling JK, Mascaró JS. The neurobiology of fatherhood. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:26-32
 21. Atzil S, Hendler T, Zagoory-Sharon O, et al. Synchrony and specificity in the maternal and the paternal brain: relations to oxytocin and vasopressin. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(8):798-811
 22. Burke EE, Bribiescas RG. A comparison of testosterone and cortisol levels between gay fathers and non-fathers: A preliminary investigation. *Physiol Behav*. 2018;193(Pt A):69-81
 23. Feldman R. The adaptive human parental brain: implications for children's social development. *Trends Neurosci*. 2015;38(6):387-99
 24. Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, et al. Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(27):9792-7
 25. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*. 2018 Jul 25;1757913918790597
 26. Lindberg LD, Kost K, Maddow-Zimet I. The Role of Men's Childbearing Intentions in Father Involvement. *J Marriage Fam*. 2017;79(1):44-59
 27. Giallo R, Treyvaud K, Cooklin A, et al. Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: Psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care*. 2013;183(3-4): 343-359
 28. Smith TK, Duggan A, Bair-Merritt MH, et al. Systematic review of fathers' involvement in programmes for the primary prevention of child maltreatment. *Child Abuse Review*. 2012;21(4):237-254
 29. Brown CM, Raglin Bignall WJ, Ammerman RT. Preventive Behavioral Health Programs in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2018 Apr 9. pii: e20180611
 30. Schuster MA, Fuentes-Afflick E. Caring for Children by Supporting Parents. *N Engl J Med*. 2017;376(5):410-413
 31. Armanasco AA, Miller YD, Fjeldsoe BS, et al. Preventive Health Behavior Change Text Message Interventions: A Meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2017;52(3):391-402
 32. Glascoe FP, Trimm F. Brief approaches to developmental-behavioral promotion in primary care: updates on methods and technology. *Pediatrics*. 2014;133(5):884-97
 33. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005;116(4):e494-8
 34. Panza C, Volta A, Broccoli S, et al. Guide anticipatorie nel primo anno di vita: risultati di un intervento nelle cure primarie. *Ricerca e Pratica* 2018;34(4):165-66

Sul sostegno alla genitorialità leggi anche l'articolo del mese: I primi 5 anni: dalla ricerca alle politiche (Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, *The Lancet* - terza serie, 2016).

Pagine elettroniche di Quaderni ACP 2016;23(6):am.1

Per corrispondenza
costpan@tin.it