



**dors**

# **Prima infanzia e disuguaglianze**

## **3. Le visite domiciliari**



**DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute**

Via Sabaudia, 164 - 10095 (Grugliasco TO)  
info@dors.it  
www.dors.it



**SEPI - Servizio Epidemiologia Piemonte**

Via Sabaudia, 164 - 10095 (Grugliasco TO)

# Indice dei contenuti

- 5** > **Abstract**
- 6** > **Disuguaglianze di salute e prima infanzia**
- 11** > **Obiettivi del report**
- 12** > **Materiali e metodi**
- 14** > **Risultati**
- 25** > **Conclusioni e limiti**
- 26** > **Riferimenti bibliografici**
- 31** > **Caratteristiche degli studi inclusi**
- 73** > **Allegati**

# Prima infanzia e disuguaglianze:

## 3. Le visite domiciliari

**A cura di Paola Capra, Lidia Fubini, Luisella Gilardi, Marta Grosini, Marina Penasso, Gaia Piccinini, Sonia Scarponi.**

Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). Regione Piemonte.

[www.dors.it](http://www.dors.it), giugno 2019.



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale

# ABSTRACT

## Contesto

Agire precocemente, fin dai primi anni di vita (Early Child Development ECD), favorisce lo sviluppo fisico e mentale del bambino con benefici che hanno un impatto sulla vita adulta. Se gli interventi si indirizzano ai gruppi sociali più svantaggiati contribuiscono all'inclusione sociale e all'equità. Tuttavia vi è la necessità di disporre di indicazioni specifiche e quanto più possibile dettagliate sull'impatto dei diversi tipi di intervento sul contrasto alle disuguaglianze.

## Obiettivi

Valutare l'efficacia di interventi di visite domiciliari sulla salute fisica e sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo dei bambini (da 0 a 3 anni), sul benessere psicofisico dei genitori e delle donne in età fertile, per il contrasto delle disuguaglianze di salute.

## Metodi della ricerca

È stata consultata una banca dati (MEDLINE), per individuare tutti gli studi pubblicati da novembre 2007 a dicembre 2018 (ultima data di consultazione 12 novembre 2018). Sono stati inseriti limiti rispetto al disegno di studio.

## Criteri di inclusione

Sono stati inclusi solo studi che prevedono una valutazione prima e dopo l'intervento e una valutazione al follow up. Gli interventi presi in esame devono avere un approccio orientato all'equità.

## Risultati

Sono 24 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di visite domiciliari, che prendono in esame gli effetti sulle disuguaglianze di salute; 12 studi fanno riferimento ad interventi che si svolgono nella comunità, 5 in ambito sanitario, 6 studi coinvolgono entrambi i setting, che quindi operano in sinergia, a testimoniare la complessità degli interventi. Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, la netta maggioranza degli studi si indirizza a popolazioni che condividono più fattori PROGRESS Plus (23) e il basso status socioeconomico è il fattore più rappresentato, solo (6 articoli) o in combinazione con altri fattori (16 articoli); anche l'etnia è un fattore molto rappresentato solo (1 articolo) o in combinazione (11 articoli), seguono il livello di istruzione e il luogo di residenza (rispettivamente 12 articoli e 4 articoli in cui sono sempre in combinazione con altri fattori). Infine spesso vengono presi in esame anche fattori Plus (sesso, età, tabagismo o dipendenza da altre sostanze, violenza domestica, genitore single per citare i principali).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, tutti gli studi adottano un approccio per target: questo implica che se migliorano gli esiti di salute di popolazioni vulnerabili - secondo uno o più dei fattori PROGRESS Plus - non è possibile affermare che diminuiscano le disuguaglianze di salute in generale. Fra questi, due studi valutano l'efficacia rispetto alla riduzione delle disuguaglianze.

## Conclusioni

La letteratura che valuta l'efficacia delle visite domiciliari è piuttosto ampia, sempre più focalizzata su aspetti legati alla genitorialità e alla relazione genitore-bambino. Si tratta di interventi complessi, gestiti da team multidisciplinari, in cui risulta importante la presenza di un membro della comunità dei destinatari. Interventi tempestivi e continuativi nel tempo sembrano essere più efficaci.

## DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E PRIMA INFANZIA

**Le esperienze vissute nella prima infanzia sono una base preziosa per l'intero ciclo di vita** e sono influenzate dall'ambiente in cui i bambini nascono e crescono e dalle figure adulte che per prime si prendono cura di loro, in famiglia, nei servizi e nella comunità di appartenenza.

**I primi anni di vita possono condizionare, sia in senso positivo sia in senso negativo, lo sviluppo futuro dei bambini.**

Questo non significa che, in senso deterministico, ciò che accade fin da piccolissimi incida necessariamente e inesorabilmente sulla crescita futura: molti bambini, sebbene nati in contesti caratterizzati da indigenza, superano le avversità e diventano adulti sani e produttivi, forse perché in possesso di doti personali o per fattori protettivi nella famiglia o nella comunità di appartenenza. Tuttavia le prime esperienze orientano lo sviluppo secondo percorsi che sarà più difficile modificare mano a mano che il bambino diventa adulto: un inizio in salita è costoso e arduo da superare. Si potrebbe affermare che la qualità delle prime esperienze crea, nel corso della vita, dei gradienti sociali nelle traiettorie dello sviluppo umano. Un esempio: in un'indagine su una coorte di nati in Inghilterra nel 1970, valutati con test sullo sviluppo intellettuale, emotivo e personale, i bambini che a 22 mesi di età appartenevano all'ultimo quartile per stato socio economico, erano ancora nel medesimo quartile a 10 anni. I bambini provenienti da un elevato stato socio economico avevano maggiore probabilità di occupare il quartile più alto a 10 anni, anche se collocati nel quartile più basso a 22 mesi di età, dimostrando una maggiore mobilità verso l'alto (**Morrisson, 2014**).

Secondo il report del task group su early years, education and family (**Jensen, 2013**), che ha affiancato il lavoro della European review of social determinants of health and the health divide (2013), i genitori e i loro comportamenti esercitano un'influenza potente e per-

vasiva sui bambini. L'interazione del neonato con chi per primo se ne prende cura orienta lo sviluppo sociale ed emotivo futuro (**Fox, 2010**): l'indirizzo verso malattie che si svilupperanno nel tempo – obesità, patologie cardiache, malattia mentale – si determina molto presto, quando il bambino è ancora piccolo (**Dyson, 2009**). Anche gli outcome cognitivi subiscono un'influenza precoce, ed esiste una solida associazione tra allattamento al seno e competenze cognitive (**Borra, 2012**). Lo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale è, nel lungo termine, influenzato dalla qualità di un contesto familiare stimolante per l'apprendimento del bambino, fin dai suoi primi mesi di vita (**Melhuish, 2008; Melhuish, 2010**).

Numerose prove scientifiche tratte dalla letteratura si sono focalizzate sulla qualità dell'attaccamento infantile: i bambini con forme di attaccamento insicuro hanno, nel corso della vita, maggiore probabilità di incontrare difficoltà sociali ed emotive e situazioni di violenza domestica (**Dutton, 2006**), maggiore probabilità di abuso di alcol e droghe e di interesse in relazioni sessuali molteplici e parallele (**Walsh, 1992**).

Un attaccamento insicuro è stato associato a precarie condizioni di salute fisica in età adulta, ictus, infarti e alta pressione del sangue (**McWilliams, 2010**); viceversa l'attaccamento sicuro è associato a comportamenti salutari, attività fisica, astinenza da fumo, alcol e droghe e guida a velocità regolare (**Huntsinger, 2004**).

La salute mentale dei genitori gioca un ruolo chiave sugli esiti relativi ai bambini: i bambini di madri con problemi di salute mentale hanno una probabilità 5 volte maggiore di sviluppare problemi di salute mentale, in particolare difficoltà emotive e di comportamento (**Melzter, 2003**). La presenza di psicopatologie nei genitori (incluso l'abuso di droghe), soprattutto nella mamma è associata ad esiti neonatali negativi – basso peso alla nascita, nascita prematura – maggiore rischio di morte in culla e maggiore mortalità infantile.

Anche i padri esercitano un ruolo fondamentale. Condividere il ruolo di genitori riduce la pressione e migliora la capacità di lavorare delle madri, aumenta il reddito familiare e riduce il rischio di povertà. La qualità della relazione tra i genitori incide sul benessere del bambino: una relazione assai conflittuale e la violenza domestica hanno nel tempo un impatto negativo (**Coleman, 2009**).

La revisione **Marmot (2010)** ha stabilito con prove inconfutabili che per ridurre le disuguaglianze di salute nel corso dell'esistenza un primo importante passo nella giusta direzione sarebbe garantire a tutti i bambini, fin dalla nascita, le condizioni più favorevoli: la tutela della salute della madre durante la gravidanza, la possibilità di sperimentare relazioni di affetto e sensibilità in un ambiente stimolante e sicuro e l'accesso ad un'assistenza di alta qualità e ad un'educazione precoce e tempestiva. I bambini che "iniziano" con le migliori premesse hanno la probabilità di riuscire bene a scuola, di ottenere un impiego ben pagato e di godere di benessere psicofisico in età adulta. I neonati che hanno mamme che in gravidanza fumano o bevono, che nascono sottopeso, soffrono per un attaccamento non sicuro, vivono in un ambiente povero di cultura e carente nel linguaggio, sono esposti a relazioni in cui sono frequenti scambi verbali improntati a durezza e ostilità e sono esclusi da un'educazione prescolare di elevata qualità, quando inizieranno la scuola si troveranno in condizioni di significativo svantaggio. Inoltre la scuola, nella misura in cui non interviene per mitigare le conseguenze di una prima infanzia povera e disagiata, può ampliare il divario.

## Early Child Development - ECD

Lo sviluppo precoce del bambino (Early Childhood Development - ECD) è un importante, se non il più importante, determinante sociale di salute. Questo periodo va dallo sviluppo prenatale all'età di 8 anni. Il tema della prima infanzia, nelle politiche e nei programmi, deve

essere prioritario poiché è soprattutto in quei primi anni di vita che si gioca il benessere e la realizzazione delle generazioni future. L'attenzione si deve rivolgere anche alle famiglie, perché supportare lo sviluppo precoce del bambino comporta agire in modo tempestivo fin dal concepimento.

Agire nella prima infanzia:

- > *favorisce uno sviluppo in salute.* Uno 'sviluppo in salute' - che comprende salute fisica, sociale, emotiva, sviluppo di competenze cognitive e linguistiche - contribuisce al benessere fisico e mentale e facilita l'affermazione personale e professionale della persona lungo tutto il corso della vita;
- > *riduce povertà, svantaggio e disuguaglianze di salute.* Ogni bambino ha bisogno di ambienti e di legami che siano sicuri, salutari, educativi e che offrano cura e supporto. Interventi mirati nella prima infanzia contribuiscono, in maniera rilevante, a ridurre le disuguaglianze di salute di una generazione;
- > *risulta 'economicamente' vantaggioso.* Nei primi anni di vita esiste il più elevato ritorno degli investimenti fatti a beneficio sia dell'individuo sia dell'intera società.

Una revisione del 2014 (**Pillas, 2014**) identifica i principali fattori chiave che a livello di famiglia (microsistema), quartiere (mesosistema) e contesto sociopolitico (macrosistema) producono disuguaglianze per la salute e lo sviluppo del bambino.

Esiste una solida evidenza che la condizione di deprivazione del quartiere in cui si vive, un più basso livello di reddito e ricchezza dei genitori, un più basso livello di istruzione, un più basso tipo di occupazione svolta, lo stato di disoccupazione dei genitori, un lavoro dei genitori che comporta più elevati livelli di stress e lo svolgimento di mansioni più pesanti, la mancanza di un'abitazione o le condizioni di povertà della famiglia siano tutti fattori associati, in modo indipendente, ad

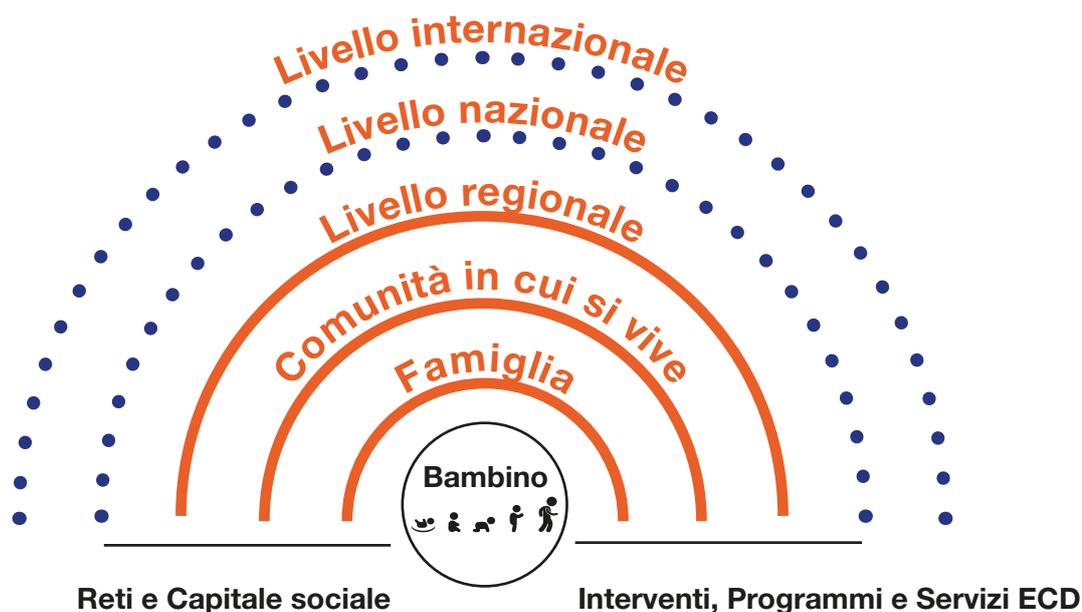
un'ampia gamma di esiti avversi per la salute e lo sviluppo della prima infanzia.

Lo **sviluppo globale del bambino**, per l'ECD, è quindi un **processo integrato e influenzato da un'ampia varietà di determinanti** (individuali, ambientali e relazionali), che intervengono in tempi e contesti diversi. Il Total Environment Assessment Model of Early Child Development - **TEAM-ECD** (Fig. 1) - della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'OMS, ben descrive le interconnessioni tra gli ambienti di vita, con relative esperienze e relazioni, con le politiche ai diversi

livelli di governo e con i programmi e gli interventi, che possono promuovere e favorire lo sviluppo del bambino (Irwin, 2007; Siddiqui, 2007).

Per quanto riguarda il contrasto alle disuguaglianze, nonostante vi siano evidenze sulla capacità che intervenire precocemente, specialmente rivolgendosi a gruppi sociali più svantaggiati, favorisca l'inclusione sociale e promuova l'equità, vi è comunque la necessità di disporre di indicazioni specifiche e quanto più possibile dettagliate sull'impatto dei diversi interventi sul contrasto alle disuguaglianze.

**Figura 1. TEAM ECD**



Fonte: University of British Columbia. The Human early learning partnership

## Dall'Early Child Development (ECD) al Nurturing Care Framework (NCF)

A partire dalle evidenze scientifiche che hanno portato alla ECD, nel 2018 è stato pubblicato il Nurturing Care Framework, un documento di rilevanza internazionale elaborato dall'OMS in collaborazione con Unicef, Banca Mondiale, Partnership per la Salute materno-infantile e numerosi altri partner. Intento del documento è fornire indicazioni e raccomandazioni operative su come investire nelle prime fasi della vita, a partire dal concepimento fino al terzo anno di vita. Il Nurturing Care Framework si contraddistingue dall'ECD per alcuni aspetti particolari:

- > L'ECD prende in considerazione lo sviluppo cognitivo, fisico, linguistico, motorio, sociale e emotivo del bambino tra il concepimento e gli 8 anni di vita, mentre il NCF ha come focus il periodo compreso tra il concepimento e i 3 anni di vita del bambino, a causa dell'estrema sensibilità di questo periodo rispetto allo sviluppo umano;
- > L'ECD raccoglie una serie di robuste evidenze scientifiche a favore della criticità dei primi anni di vita, mentre il NCF traduce in termini operativi questo impianto teorico delineando in maniera chiara principi guida, obiettivi, azioni strategiche e modalità di monitoraggio dei progressi rispetto ad interventi in ambito di sviluppo infantile precoce.

Gli elementi chiave intorno a cui ruotano gli interventi proposti dal NCF sono:

- > *Lo sviluppo olistico del bambino.* Il NCF si fonda sul concetto che le cure fornite al bambino debbano "nutrirlo" su più piani, che includono non soltanto la cura materiale del corpo e della salute fisica, ma anche un'attenzione particolare alla componente emotiva, affettiva, educativa e culturale. Solo considerando in maniera integrata questi diversi apporti è infatti possibile promuovere la crescita del bambino incoraggiando la piena realizzazione del suo potenziale umano;
- > *La presa in carico comunitaria dello sviluppo infantile precoce (whole-of-government e whole-of-society).* Il NCF mette in evidenza come sia indispensabile

una partecipazione e un impegno condiviso del governo nel suo insieme e della società nel suo insieme per promuovere una nurturing care per i bambini. In più parti del documento viene sottolineata l'importanza che le famiglie siano sostenute nel loro ruolo educativo dai servizi e dalle politiche presenti sul territorio. L'obiettivo primario che guida le azioni di intervento riguarda infatti la creazione di condizioni, da parte delle politiche pubbliche, che permettano alle comunità e ai caregiver di assicurare adeguata salute e nutrizione ai bambini e di proteggerli dai fattori di rischio, garantendo allo stesso tempo opportunità di apprendimento precoce, grazie a interazioni responsive ed emotivamente supportive.

L'attenzione, in questo senso, è rivolta in particolar modo alle comunità più svantaggiate, in cui le minacce allo sviluppo infantile precoce sono maggiori, e ai bambini con disabilità o problemi di sviluppo, rispetto ai quali il NCF propone di creare politiche, programmi e servizi più individualizzati.

Le componenti fondamentali per uno sviluppo ottimale individuate dal NCF sono:

- > Buono stato di salute
- > Alimentazione adeguata
- > Genitorialità responsiva
- > Opportunità di apprendimento precoce
- > Protezione e sicurezza

A queste cinque componenti si associano cinque azioni strategiche:

- > Assicurare leadership e risorse
- > Focalizzarsi sulle famiglie e le loro comunità
- > Rafforzare i servizi
- > Monitorare i progressi
- > Utilizzare dati e informazioni e innovare.

Per ognuna di queste voci, il NCF propone delle specifiche declinazioni operative in ottica multiprofessionale e multidisciplinare.

**Figura 2.**

**Componenti della Nurturing Care**



Fonte: Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. World Health Organization, 2018.

## OBIETTIVI DEL REPORT

Questo report si pone l'obiettivo di prendere in esame la letteratura scientifica più rilevante per descrivere interventi di ECD effettuati nei contesti sociosanitari e di comunità rispetto a:

- > salute fisica e sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo di bambini da 0 a 3 anni di età;
- > benessere psicosociale dei genitori e della donna in età fertile;
- > competenze genitoriali e contesto familiare.

Il report ha valutato le disuguaglianze di salute secondo i fattori del **PROGRESS Plus**. Il framework organizzativo **PROGRESS Plus** - acronimo inglese che sta per la P Luogo di residenza (Place of residence), R Razza / etnia / cultura / lingua, O Occupazione, G Genere / sesso, R Religione, E Livello di istruzione (Education), S Stato socioeconomico, S Capitale sociale (Social capital) e Plus include età, disabilità, orientamento sessuale e altre caratteristiche che indicano una condizione di svantaggio (**Kavanagh, 2008**) – è stato scelto perché valuta quelle dimensioni in cui possono esistere disuguaglianze di salute, come è stato sostenuto da Campbell and Cochrane Equity Methods Group; inoltre include i fattori suggeriti dalla Commission on social determinants of health (**Tugwell, 2010**).

### Come valutare le disuguaglianze di salute (**Welch, 2010; Oliver, 2008**)

- > *Approccio universalistico*: la valutazione della dimensione dell'effetto su tutta la popolazione, indipendentemente dal livello di bisogno e di svantaggio (per esempio gli interventi di vaccinazione infantile). Secondo questo approccio l'intervento è rivolto alla società intera. Verrà preso in esame solo se valuta il suo effetto su uno o più dei fattori PROGRESS Plus;
- > *Approccio per target*: valutazione della dimensione dell'effetto solo su popolazioni svantaggiate/gruppi vulnerabili (per esempio interventi di visite domiciliari su mamme con basso livel-

lo di istruzione e basso stato socioeconomico). Secondo questo approccio l'intervento sarà esclusivamente rivolto a un gruppo particolarmente svantaggiato con l'obiettivo di migliorare il suo stato di salute senza un preciso riferimento alla riduzione delle disuguaglianze di salute (ad esempio, l'aumento della salute nelle classi più svantaggiate potrebbe accompagnarsi a un aumento pari o maggiore, legato a qualsivoglia ragione, della salute nelle classi più avvantaggiate, mantenendo costante o aumentando le differenze di salute tra gli estremi);

- > *Approccio secondo il gap*: le disuguaglianze sono espresse come differenze (in termini relativi o assoluti) tra i gruppi più avvantaggiati e i gruppi meno avvantaggiati. Secondo questo approccio l'intervento ha l'obiettivo esplicito di ridurre il divario di salute tra gli estremi della scala sociale, rendendo solitamente più veloce il miglioramento delle condizioni di salute dei più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati;
- > *Approccio secondo gradiente*: valutazione degli effetti (benefici o danni) sul gradiente dai gruppi più svantaggiati ai meno svantaggiati. Secondo questo approccio l'intervento sarà rivolto alla società intera secondo un approccio a gradiente (universalismo proporzionato): si tratta di misure che, tenendo in considerazione la distribuzione di risorse in tutta la popolazione, tendono all'equalizzazione delle potenzialità e opportunità di tutti gli individui di raggiungere il miglior stato di benessere possibile (fornendo ai diversi livelli in maniera proporzionale al loro bisogno).

## MATERIALI E METODI

### Criteria di inclusione degli studi

Il report ha applicato numerosi criteri di inclusione, di seguito riportati.

### Tipi di studio

Nel report sono stati inclusi solo studi che prevedono una valutazione prima e dopo l'intervento e una valutazione al follow up. Vengono perciò considerati studi randomizzati controllati sia individuali sia a cluster, studi controllati non randomizzati, studi quasi sperimentali, studi osservazionali. Sono presi in considerazione solo studi in lingua inglese pubblicati negli ultimi 10 anni (ultima data di consultazione novembre 2018).

Sono esclusi gli studi che valutano solo l'impatto economico di un intervento (per esempio rapporto costi-benefici, costo-efficacia di un programma), con l'eccezione di studi in cui l'intervento di natura economica – concessione di incentivi – è parte di una strategia più ampia. Sono escluse revisioni sistematiche e di letteratura. La decisione di escludere le revisioni, presa a posteriori, dopo la ricerca bibliografica, nasce dalla constatazione che Dors, nel 2016, ha pubblicato un policy brief sul tema degli interventi per la prima infanzia, che ha preso in esame solo revisioni sistematiche, e numerose revisioni individuate dalla ricerca sono le stesse del policy citato (**Capra, 2016**). Inoltre nel 2019 è previsto un aggiornamento del policy brief.

### Partecipanti

Bambini da 0 a 3 anni di età e loro genitori.

Il periodo prenatale è importante per gli esiti neonatali e della prima infanzia e gli interventi di ECD coinvolgono non solo i primi tre anni del bambino ma anche i 9 mesi di gravidanza della donna. Infine alcuni interventi preconcezionali e interconcezionali, indirizzati a donne in età fertile, non ancora in gravidanza hanno un impatto soprattutto sugli esiti natali: per questo motivo saranno incluse tra i partecipanti anche le donne in età fertile.

### Tipi di intervento

Il report include tutti gli interventi di ECD relativi ai contesti sanitario e di comunità con effetti sulla salute, sullo sviluppo della prima infanzia e sul benessere psicofisico dei genitori e sulla genitorialità, oltre ad interventi relativi al periodo preconcezionale e interconcezionale. Questo perché la letteratura internazionale sostiene, per la prima infanzia, l'efficacia di programmi e servizi indirizzati ai bambini, ai futuri genitori, ai genitori e, per quanto concerne l'impatto sugli esiti neonatali, interventi sulle donne in età fertile, sebbene non ancora in gravidanza.

Gli interventi si indirizzano ad una popolazione infantile sana e a genitori senza patologie pregresse: in sintesi studi di prevenzione e non di trattamento. Per questa ragione sono esclusi studi indirizzati a bambini o a genitori affetti da patologie specifiche (per esempio diabete, asma, tumori, obesità, altre condizioni croniche), problemi di salute mentale e del neurosviluppo (per esempio autismo, deficit di attenzione e iperattività, depressione), disabilità fisica e psichica.

Gli interventi presi in esame possono essere effettuati da professionisti sanitari medici, infermieri, psicologi ma anche da personale senza titolo professionale che, dopo avere conseguito una formazione specifica, esercita il ruolo come personale volontario, spesso integrato nel contesto delle comunità di appartenenza o per conto di organizzazioni. Gli interventi possono essere indirizzati a singole famiglie e ai loro bambini o a gruppi di famiglie, svolgersi presso l'abitazione dei destinatari, in contesti sanitari – dipartimenti materno-infantili, assistenza sanitaria di base, reparti di ginecologia e altri reparti ospedalieri – o della comunità – luoghi informali, sedi di programmi che assistono famiglie indigenti, associazioni culturali, che offrono svago e intrattenimento.

Gli interventi inclusi devono avere effetti sulle disuguaglianze di salute. Perciò si focalizzano su:

- > un approccio universale ma con un'analisi stratificata secondo uno o più fattori PROGRESS Plus;

- > un approccio per target che valuta gli effetti (benefici o danni) solo in popolazioni svantaggiate (per esempio popolazioni che soffrono condizioni di disuguaglianza per le loro caratteristiche, secondo uno o più fattori PROGRESS Plus);
  - > un approccio secondo gap, che valuta le differenze negli effetti (benefici o danni) tra i gruppi più e meno avvantaggiati;
  - > un approccio secondo gradiente, che valuta gli effetti (benefici o danni) sul gradiente dai gruppi più svantaggiati ai meno svantaggiati.
- > violenza domestica all'interno del rapporto di coppia;
  - > sviluppo perinatale e nascita del bambino (per esempio mortalità infantile, basso peso alla nascita, nascita prematura);
  - > sostegno alla genitorialità (per esempio relazione di coppia, competenze genitoriali, relazione genitore bambino, attaccamento);
  - > sicurezza e protezione del bambino (per esempio stato di salute del bambino, sicurezza domestica, incidenti domestici, abuso e trascuratezza del bambino);
  - > alimentazione: allattamento al seno e prevenzione dell'obesità infantile;
  - > sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.

Gli interventi sono realizzati nei paesi dell'occidente industrializzato in Europa e nel mondo. Sono perciò esclusi tutti i paesi a basso e medio reddito. Sono esclusi interventi relativi a problemi di tipo specificamente clinico del periodo preconcezionale, della gravidanza o postnatali, senza riferimento ai destinatari finali e senza una ricaduta sul tema delle disuguaglianze, interventi realizzati nel setting educativo prescolare, con l'eccezione di interventi che utilizzano il setting prescolare solo come luogo per reclutare i partecipanti allo studio, ma poi realizzano le attività nei contesti sanitario e di comunità. Sono esclusi interventi esclusivamente di natura economica, studi di fattibilità, studi che considerano dati di processo o di implementazione ma non outcome finali.

Per la loro varietà, eterogeneità e diversità gli interventi verranno classificati secondo 3 tipologie - interventi a supporto della genitorialità, visite domiciliari, educazione prenatale e postnatale -, sebbene, come ogni tipo di classificazione, che tenta di semplificare e razionalizzare, alcuni interventi verranno forzati in una categoria, per quanto sarebbero attribuibili a più categorie.

## Tipi di outcome

Gli outcome relativi ai bambini, donne in gravidanza, donne in età fertile, genitori, ruolo genitoriale verranno classificati secondo i più importanti aspetti chiave preconcezionali, prenatali e postnatali, sui quali è fondamentale agire per prevenire e ridurre le disuguaglianze:

- > benessere psicosociale dei futuri genitori / genitori / donne in età fertile (per esempio stress, ansia, depressione, stili di vita e comportamenti non salutari, fumo, alcol, droghe, dieta);

## Ricerca per l'identificazione degli studi

È stata consultata una banca dati (MEDLINE) per individuare tutti gli studi pubblicati da novembre 2007 a dicembre 2018 (ultima data di consultazione 12 novembre 2018). Per creare la stringa di ricerca sono stati utilizzati gli elementi del modello PICO (P, Popolazione; I, Intervento; C, Confronto; O, Outcome / Esito). Sono stati inseriti limiti sul disegno di studio.

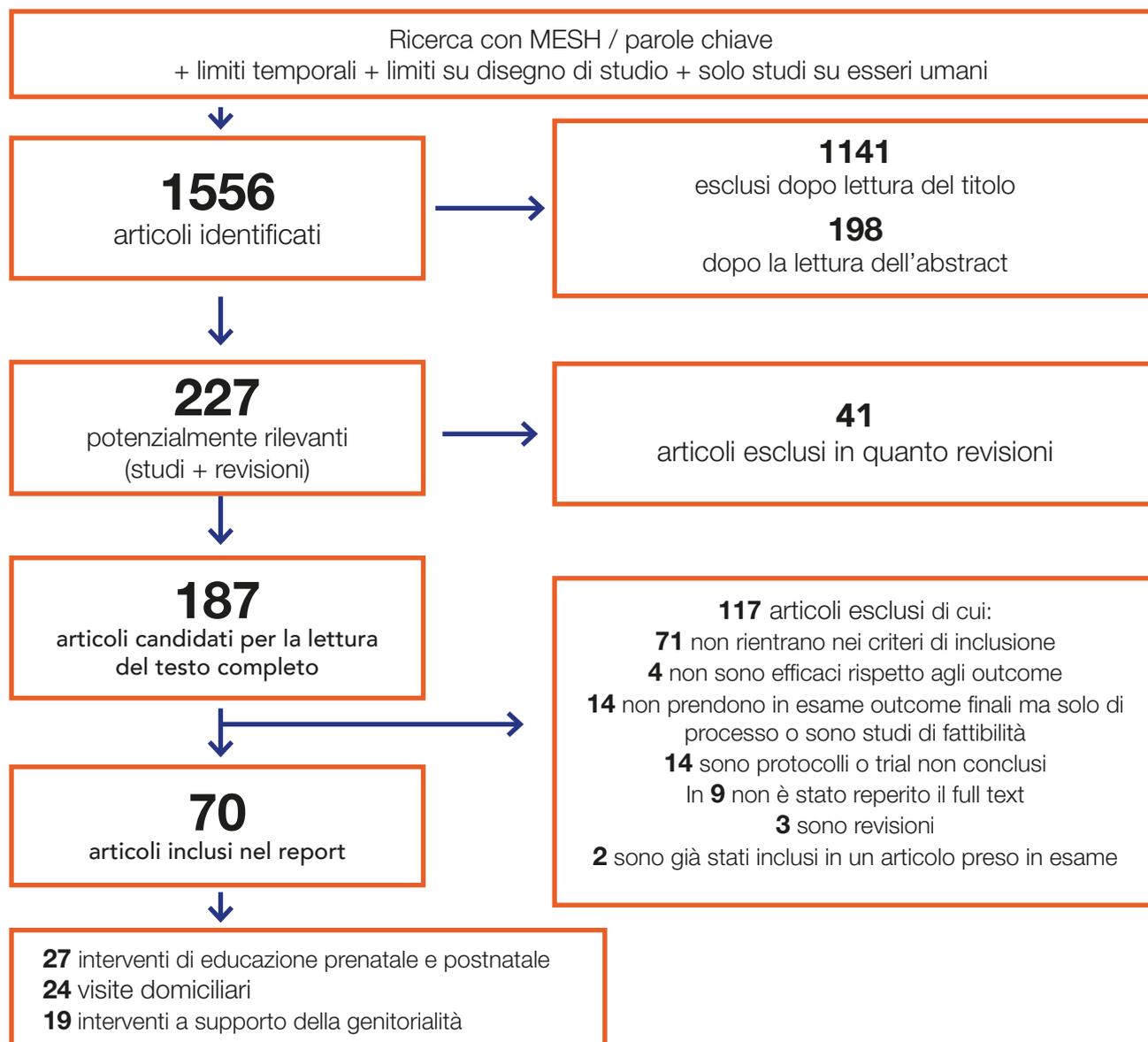
In **Allegato 1** la strategia di ricerca in dettaglio.

# RISULTATI

Dalla ricerca effettuata sono risultati 1556 articoli (data della ricerca 12 novembre 2018), riferiti complessivamente alle 3 tipologie di intervento – educazione prenatale e postnatale, visite domiciliari, interventi a supporto della genitorialità. Dopo una prima fase di screening degli articoli, in seguito alla lettura del titolo ne sono stati esclusi 1141 e 425 sono stati selezionati per la lettura dell'abstract. A seguito della lettura dell'abstract

dei 425 iniziali, 198 sono stati esclusi e 227 sono stati inclusi per essere letti integralmente. Tuttavia di questi 227 articoli, 41 sono revisioni per cui non vengono prese in considerazione e 187 sono gli articoli candidati alla lettura del testo completo. A seguito della quale 117 articoli sono stati esclusi e 70 inclusi (Figura 3). Di seguito la flow chart PRISMA illustra il percorso di selezione completo dei vari step:

**Figura 3. PRISMA flow chart**



Settanta studi vengono inclusi e vengono successivamente classificati, secondo le 3 tipologie di intervento sopra citate (Figura 3):

- > 27 interventi di educazione prenatale e postnatale
- > 24 visite domiciliari (VD)
- > 19 interventi a supporto della genitorialità

I capitoli successivi prenderanno in esame solo gli interventi di visite domiciliari.

## Visite domiciliari

Si tratta di **interventi prenatali e postnatali realizzati a domicilio**, finalizzati a offrire un supporto informativo ed educativo su elementi di prevenzione basilari (cura della gravidanza, accudimento e gestione del neonato, allattamento al seno e alimentazione, vaccinazioni, accesso ai servizi di cura), ma anche un supporto emotivo e psicologico ai genitori (attaccamento, relazione genitore-neonato, relazione di coppia, ruolo genitoriale).

Inoltre con la Visita Domiciliare (VD) **si osserva e si monitora** la **salute fisica** e il **benessere psicologico della madre**, la salute del neonato, le condizioni della famiglia e dell'ambiente domestico.

Infine, nel caso in cui l'operatore che svolge la VD individua situazioni a rischio, le rinvia a servizi specialistici del territorio o lavora in sinergia con questi servizi.

Le VD possono:

- > **essere effettuate in gravidanza e anche dopo il parto**, almeno fino al raggiungimento di un anno di età del bambino. Le VD per gruppi ad alto rischio possono continuare per mesi o addirittura anni dopo la gravidanza;
- > avere **differenti livelli di frequenza, di durata e di intensità**;
- > coinvolgere **personale sociosanitario** (infermieri, ostetriche, assistenti sociali, counsellor) o personale **non professionista o paraprofessionale** opportunamente formato, spesso proveniente dalla comunità di appartenenza dei destinatari dell'inter-

vento;

- > essere **parte di programmi complessi e multi-componenti**.

L'unico elemento comune che caratterizza ogni intervento di VD è il luogo in cui si svolge, la casa, ambiente di vita per la donna in gravidanza e per la famiglia e il primo contesto con cui si relaziona il neonato.

## Descrizione degli studi inclusi

Sono 24 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di VD prenatali e postnatali che prendono in esame la questione delle disuguaglianze di salute. Riguardo alla provenienza geografica, 12 sono stati realizzati negli USA (**Barnet, 2007; Berlin, 2017; Brown, 2015; Dishion, 2015; Hutton, 2017; Katz, 2011; Kothari, 2013; Lee, 2009; McFarlane, 2016; Pugh, 2010; Surkan, 2012; Thomson, 2016**), 3 in Canada (**Chartier, 2018; Gonzalez, 2018; Moss, 2011**), 3 in Australia (**Goldfeld, 2019; McLachlan, 2016; Wen, 2012**), 2 in Francia (**Dugravier, 2013; Tereno, 2017**), 1 in Irlanda (**Doyle, 2015**), 1 nel Regno Unito (**Watt, 2009**), 1 in Olanda (**Medjoubi, 2014**), 1 in Portogallo (**Negrao, 2014**).

## I partecipanti

Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, la netta maggioranza degli studi si indirizza a popolazioni selezionate o valutate per almeno uno dei fattori PROGRESS Plus (23) e il basso status socioeconomico è il fattore più rappresentato, singolarmente (6 articoli) o in combinazione con altri fattori (16 articoli). Anche l'etnia è un fattore molto rappresentato singolarmente (1 articolo) o in combinazione (11 articoli), seguono il livello di istruzione e il luogo di residenza (rispettivamente 12 articoli e 4 articoli in cui sono sempre in combinazione con altri fattori). Infine spesso vengono presi in esame anche fattori Plus (sesso, età, tabagismo o dipendenza da sostanze, violenza domestica, genitore single per citare i principali).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, la totalità degli studi adotta un approccio per target. Fra questi, due studi valutano l'efficacia rispetto alla riduzione delle disuguaglianze (**Chartier, 2018; Kothari, 2013**).

Sono le donne in gravidanza (7 articoli – **Barnet, 2007; Dugravier, 2013; Goldfeld, 2019; Kothari, 2013; Lee, 2009; Medjoubi, 2014; Thomson, 2016** -) o mamme che hanno appena partorito / hanno un neonato di alcuni mesi (8 articoli – **Hutton, 2017; Katz, 2011; McFarlane, 2016; Pugh, 2010; McLachlan, 2016; Surkan, 2012; Tereno, 2017; Watt, 2009** -), la popolazione destinataria di gran parte degli studi. Gli interventi di VD indirizzati alla diade mamma bambino sono 5 (**Berlin, 2017; Dishion, 2015; Gonzalez, 2018; Moss, 2011; Wen, 2012**) e 3 studi valutano interventi indirizzati alla famiglia (**Brown, 2015; Chartier, 2018; Negrao, 2014**).

### Disegno di studio

I 24 studi hanno differenti disegni. 20 sono studi randomizzati controllati (**Barnet, 2007; Berlin, 2017; Doyle, 2015; Dugravier, 2013; Goldfeld, 2019; Gonzalez, 2018; Hutton, 2017; Katz, 2011; Lee, 2009; McFarlane, 2016; Medjoubi, 2014; Moss, 2011; Negrao, 2014; Pugh, 2010; McLachlan, 2016; Surkan, 2012; Tereno, 2017; Thomson, 2016; Watt, 2009; Wen, 2012**), 2 studi di coorte (**Chartier, 2018; Dishion, 2015**), 1 studio retrospettivo con gruppo di controllo (**Kothari, 2013**) e 1 studio di serie temporali interrotte con gruppo di controllo (**Brown, 2015**).

### Il contesto

In riferimento al contesto, 12 studi fanno riferimento ad interventi proposti nell'ambito della comunità (**Berlin, 2017; Chartier, 2018; Dishion, 2015; Katz, 2011; Hutton, 2017; McFarlane, 2016; Moss, 2011; Negrao, 2014; McLachlan, 2016; Surkan, 2011; Thomson, 2016; Wen, 2012**), 5 in ambito sanitario (**Dugravier, 2013; Goldfeld, 2019; Medjoubi, 2014; Pugh, 2010; Watt, 2009**), 6 studi (**Barnet, 2007; Brown, 2015; Doyle, 2015; Gonzalez, 2018; Kothari, 2013; Lee, 2009**), coinvolgono entrambi i setting, che quindi operano in sinergia, a testimonianza della complessità degli interventi. In particolare, nonostante spesso l'arruolamento dei partecipanti avviene in un contesto sanitario o l'intervento eredita i partecipanti a programmi già in atto, è previsto un coinvolgimento da parte della comunità di appartenenza.

### Gli aspetti chiave di salute

Gli interventi di VD prendono in esame tutti gli aspetti chiave / tipi di outcome elencati nel capitolo su materiali e metodi. Tuttavia alcuni aspetti prevalgono, da soli o in combinazione tra loro: la sicurezza e protezione del bambino - che implica outcome su salute fisica e abuso, maltrattamento e trascuratezza-, il benessere psicosociale dei genitori / futuri genitori – che include esiti su salute mentale e su stili di vita sani -, il sostegno alla genitorialità, l'alimentazione, allattamento e prevenzione dell'obesità infantile. In secondo piano e solo in combinazione con altri aspetti invece gli outcome relativi allo sviluppo perinatale e la nascita del bambino (che prevalgono invece negli interventi di educazione prenatale), lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino e la violenza domestica. Quanto emerge da un'analisi approfondita è che su 24 studi, 10 riguardano interventi indirizzati contemporaneamente a più aspetti chiave. Questo dato conferma la complessità di numerosi programmi di VD e soprattutto la stretta relazione tra più fattori chiave, interdipendenti e tutti in qualche modo corresponsabili del benessere psicofisico di genitori/caregiver e bambini.

La tabella presenta nella prima colonna gli aspetti chiave declinati nei vari outcome, mentre nella seconda il numero di articoli inclusi nel report, che si indirizzano ai vari aspetti chiave (**Tabella 1**).

## Tabella 1. Gli aspetti chiave

<b>Benessere psicosociale dei genitori / futuri genitori</b>	<b>5</b>	Dugravier 2013, McFarlane 2017, Medjoubi 2014, Surkan 2012, Thomson 2016
<b>Sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>3</b>	Brown 2015, Chartier 2018, Hutton 2017
<b>Sostegno alla genitorialità</b>	<b>3</b>	Barnet 2007, Berlin 2017, Tereno 2017
<b>Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</b>	<b>4</b>	Pugh 2010, McLachlan 2016, Watt 2009, Wen 2012
<b>Compresenza di più fattori chiave</b>		
<b>Sostegno alla genitorialità + sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>4</b>	Dishion 2015, Doyle 2015, Goldfeld 2019, Katz 2011
<b>Sviluppo perinatale e nascita del bambino + sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>2</b>	Kothari 2013, Lee 2009
<b>Violenza domestica + sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>1</b>	Moss 2011
<b>Sviluppo cognitivo sociale ed emotivo del bambino + sostegno alla genitorialità</b>	<b>2</b>	Gonzalez 2018, Negrao 2014

## I risultati

Nei 24 studi presi in esame sono numerosi gli interventi/programmi di VD che supportano gli aspetti di sostegno alla genitorialità e hanno un impatto positivo anche su tutto ciò che concerne la sicurezza e protezione del bambino. Spesso si tratta di programmi evidence based standardizzati e validati.

**Barnet 2007** valuta gli effetti di VD su mamme adolescenti appartenenti a minoranze etniche di basso status socioeconomico. In particolare, prende in esame credenze e atteggiamenti delle mamme adolescenti riguardo alla genitorialità, comportamenti sulla contraccezione con un accento sulle ripetute gravidanze, contatti con l'assistenza sanitaria di base. Il programma di VD viene somministrato da personale paraprofessionale proveniente dalla comunità locale. Sono previste due valutazioni al follow up, dopo 1 e 2 anni. I risultati sono positivi riguardo agli aspetti della genitorialità, mentre non ha alcun impatto sul numero di gravidanze ripetute e sulla frequenza di contatti con l'assistenza sanitaria di base.

Gli studi **Berlin 2017**, **Moss 2011**, **Negrao 2014** e **Tereno 2017** si focalizzano sul tema dell'attaccamento infantile, che rappresenta un fattore protettivo rispetto all'abuso e alla trascuratezza da parte dei genitori e che, se disorganizzato, può comportare problemi nel futuro sviluppo del bambino.

**Berlin 2017** valuta l'efficacia del programma di VD Healthy Families Durham (HFD), che prende a modello il programma Healthy Families America, rispetto alla sicurezza e alla disorganizzazione dell'attaccamento infantile. Il programma HFD, basato su evidenze scientifiche, offre un servizio di visite domiciliari eseguito da persone laureate, solitamente assistenti sociali o counselor professionisti, il cui lavoro consiste nel promuovere le conoscenze dei genitori rispetto allo sviluppo del bambino, supportare interazioni positive tra genitore e bambino, migliorare la salute e la sicurezza dei membri della famiglia. Lo studio Berlin ha dimostrato che la disorganizzazione dell'attaccamento predice in maniera significativa la comparsa di problemi comportamentali nel bambino.

La partecipazione al programma di VD HFD non in-

fluenza significativamente la disorganizzazione o la sicurezza dell'attaccamento infantile.

Lo studio **Moss 2011** valuta l'efficacia di un intervento breve indirizzato all'aspetto dell'attaccamento per ridurre e modificare i rischi cui vanno incontro bambini che provengono da famiglie in cui sono stati oggetto di maltrattamento. L'intervento - 8 visite settimanali a domicilio dirette alla diade genitore-figlio - si è concentrato sul miglioramento della sensibilità del genitore e l'attaccamento sicuro da parte del bambino. Professionisti sanitari con esperienza nel contesto infantile hanno osservato sul campo il tipo di attaccamento espresso dal bambino. I risultati indicano l'efficacia dell'intervento nel migliorare la sensibilità materna, l'attaccamento sicuro dei bambini e nel ridurre la loro disorganizzazione, soprattutto nel periodo della prima infanzia (1-5 anni).

Lo studio **Negrao 2014** valuta l'efficacia di un programma fondato sull'attaccamento - Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) - rispetto ad una positiva interazione genitore-bambino e a positive relazioni familiari, in un campione di famiglie povere, con bambini da 0 a 4 anni di età.

Il programma evidence based VIPP-SD è stato applicato in passato a famiglie considerate a rischio, ma mai ad un contesto di povertà. Si affida alla tecnica video feedback - registrare quanto accade e poi commentare e fornire feedback - per migliorare la sollecitudine dei genitori e fornire strategie di educazione e disciplina positive. Viene implementato attraverso sei visite domiciliari rivolte alle diadi madre-figlio in cui viene adottato un protocollo standardizzato che definisce, per ogni visita, contenuti, temi, esercizi. In fase di pre test e di post test - un mese dopo l'intervento - le interazioni madre-bambino sono osservate a casa e le madri riferiscono in merito al contesto e al funzionamento familiare. Il gruppo di controllo invece riceve solo 6 telefonate, su temi inerenti lo sviluppo infantile.

Gli outcome presi in esame dallo studio Negrao sono l'interazione genitore-bambino e le relazioni familiari: l'interazione genitore-bambino viene valutata a casa, con una sessione di gioco spontaneo e un compito di problem solving. Le interazioni sono codificate secon-

do strumenti validati (Emotional Availability Scales). Per la mamma si prendono in esame: sensibilità, capacità di strutturare e organizzare l'ambiente domestico, rispetto degli spazi del bambino, assenza di comportamenti ostili e aggressivi verso il bambino. Per il bambino si prendono in esame: miglioramento della responsività e delle capacità di adattamento e coinvolgimento.

Le relazioni familiari sono misurate da strumenti validati che prendono in esame i seguenti aspetti: coesione - supporto e coinvolgimento percepito dai membri della famiglia -, espressività - fino a che punto la famiglia incoraggia ad esprimere le proprie emozioni e sentimenti -, conflitto.

Il programma VIPP-SD risulta efficace nel migliorare la qualità dell'interazione madre-bambino. In particolare significativi miglioramenti si riscontrano nella capacità di rispettare gli spazi del bambino da parte della madre, responsività e coinvolgimento del bambino. Anche le relazioni familiari migliorano nel gruppo di intervento, dopo la conclusione del programma.

Lo studio **Tereno 2017** si indirizza a problemi di attaccamento e comunicazione materna e nello specifico si propone di valutare se CAPEPD - A, un programma francese di VD, riduce una comunicazione materna bloccata e caotica e se questo effetto a sua volta contribuisce a ridurre l'incidenza di un attaccamento disorganizzato. L'intervento CAPEPD si propone, in un'ottica di prevenzione, di agire sui principali determinanti modificabili della salute mentale infantile dal terzo trimestre di gravidanza fino a due anni del bambino. Psicologi visitano le famiglie in media per 6 volte nel periodo prenatale, 8 volte durante i primi tre mesi di vita del bambino, 15 volte da 4 a 12 mesi di età e altre 15 volte nel corso del secondo anno di vita, per un totale di 44 VD. Ogni visita dura circa 60 minuti.

I risultati indicano che nel gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo che riceve cure standard, sia la disorganizzazione infantile sia la comunicazione materna caotica e bloccata sono significativamente ridotte.

Inoltre le riduzioni nella comunicazione materna bloccata e caotica contribuiscono, almeno parzialmente, alle riduzioni che si osservano nell'attaccamento infantile disorganizzato.

Quattro studi **Dishion 2015, Doyle 2015, Goldfeld 2019, Katz 2011** considerano l'importanza di intervenire sul ruolo dei genitori e dell'ambiente domestico per migliorare la sicurezza e la salute del bambino.

Lo studio **Dishion 2015** esamina l'ipotesi che un intervento intensivo di VD possa promuovere una relazione positiva di coinvolgimento madre-bambino e di conseguenza ridurre varie forme di trascuratezza e abbandono della prima infanzia. Le famiglie a basso reddito che già usufruiscono dei servizi del programma WIC<sup>1</sup> ricevono anche, da parte di personale addestrato, il programma Family Check-Up, intervento breve - consta di tre sessioni all'anno - ritagliato sulle esigenze contingenti di ogni famiglia, in base alla valutazione dell'ambiente familiare effettuata prima dell'intervento. Questa valutazione e le azioni previste dal programma sono effettuate la prima volta a 2 anni di età del bambino, e poi a 3, 4, 5 anni.

Nel corso della valutazione sono videoregistrate le interazioni tra mamma e bambino e l'ambiente domestico viene analizzato in relazione all'adeguatezza degli spazi fisici per le esigenze del bambino. I partecipanti al programma Family Check-Up aumentano la durata di un coinvolgimento positivo nel rapporto tra mamma e figlio a 3 anni, questo risultato è predittivo di inferiori livelli di trascuratezza entro i 4 anni. Inoltre l'indice di avversità della famiglia - risultato di una serie di indicatori - modera l'impatto dell'intervento, in modo tale che le famiglie in condizioni più sfavorevoli sono le più responsive all'intervento.

**Doyle 2015** invece valuta l'impatto di un intervento precoce di VD - che interviene sul ruolo genitoriale e sull'ambiente familiare di famiglie svantaggiate - sullo stato di salute fisica del bambino nel corso dei primi tre anni di vita. Preparing for life (PFL) è un program-

*Il Programma WIC fornisce sussidi federali agli Stati per cibi supplementari, rinvio in caso di assistenza sanitaria, educazione alimentare per donne in gravidanza a basso reddito, donne che hanno partorito e che allattano o non allattano al seno, neonati e bambini fino a 5 anni di età che son a rischio nutrizionale. <https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic>*

ma irlandese di VD community-based che ha lo scopo di migliorare la salute e lo sviluppo infantile con interventi nel corso della gravidanza e fino all'età scolare del bambino. PFL prevede due VD mensili effettuate da personale professionale proveniente da ambiti diversi (educativo, sociale), con attività orientate al potenziamento del ruolo genitoriale e dell'interazione genitore-bambino. Lo studio Doyle valuta l'impatto di PFL sulla salute fisica – ricoveri, incidenti, vaccinazioni, asma, infezioni polmonari- del bambino a 6, 12, 18, 24 e 36 mesi. L'effetto più importante e statisticamente significativo è la riduzione dell'incidenza di asma, mentre per gli altri outcome gli effetti non sono statisticamente significativi. Lo studio Doyle riscontra inoltre una differenza rispetto al genere, in quanto l'impatto degli interventi precoci sugli esiti inerenti la salute fisica dei bambini è maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

Lo studio **Goldfield 2019** valuta l'efficacia di un programma australiano di VD realizzato da personale infermieristico su un campione di donne in gravidanza che vivono in condizioni di avversità, ipotizzando una serie di miglioramenti in termini di capacità di cura genitoriale, responsabilità e ambiente di apprendimento domestico. Right@home è un programma di VD preventivo, che si integra con i servizi per la prima infanzia e prevede 25 visite che iniziano in gravidanza e continuano fino a 2 anni di età del bambino. I contenuti sono evidence-based e si fondano su 5 temi: sonno, sicurezza, alimentazione, regolazione, relazione. Nello studio randomizzato controllato di Goldfeld e colleghi, il gruppo di intervento riceve il programma right@home e il gruppo di controllo consulti periodici. Gli outcome presi in esame sono 13 e afferiscono a 3 ambiti – cura del bambino (sonno, alimentazione, sicurezza), genitorialità responsiva, ambiente di apprendimento (linguaggio, lettura e scrittura). Il programma di VD right@home rende più regolare l'ora di addormentamento del bambino, più sicuri gli ambienti domestici, più accogliente e meno ostile la modalità di interazione genitoriale, migliora il coinvolgimento del genitore come facilitatore del processo di apprendimento del bambino e incrementa la varietà degli stimoli quotidiani e delle interazioni sociali con figure adulte diverse dal genitore. Il programma può essere integrato nei servizi di cure pediatriche in Australia o sperimentato e trasferito ad

altri paesi che forniscano appropriati servizi di assistenza sanitaria.

Lo studio **Katz 2011** verifica se un programma di VD indirizzato a donne afroamericane a basso reddito e somministrato da personale paraprofessionale della comunità possa influenzare efficacemente la salute, i comportamenti e gli atteggiamenti delle madri e di conseguenza dei bambini. Il programma Pride for Life, oltre a VD, prevede anche interventi di gruppo per genitori e bambini. I risultati mostrano un impatto significativo sulla capacità delle madri di creare un ambiente domestico più adeguato alle esigenze dei loro bambini. I bambini che crescono in un ambiente domestico con limitato supporto allo sviluppo mostrano spesso un calo delle prestazioni cognitive dopo il raggiungimento degli step fondamentali nel primo anno di vita; inoltre, se hanno ricevuto scarsa cura prenatale, come quelli dello studio, presentano un aumentato rischio di abuso, negligenza e lesioni involontarie. Le partecipanti allo studio, nonostante l'alto tasso di abbandoni prima della sua conclusione (41%), oltre a migliorare l'ambiente domestico, facendo leva sul sostegno sociale a disposizione, curano maggiormente l'educazione dei figli e riducono gli atteggiamenti associati a maltrattamento. Infine, l'impiego di "home visitors" paraprofessionali risulta essere un'opzione di successo, economicamente più sostenibile del ricorso a professionisti.

Si indirizzano ad aspetti inerenti la sicurezza e la protezione del bambino gli studi **Brown 2015** e **Hutton 2017**.

Lo studio **Brown 2015** sviluppa e sperimenta un programma di cure coordinate indirizzato allo stato di salute precario di bambini che abitano un quartiere economicamente svantaggiato negli USA.

Obiettivi generali sono: migliorare la salute dei neonati, migliorare il rapporto tra la famiglia del neonato e la clinica ostetrica, aumentare il numero di famiglie da arruolare nel programma di VD, migliorare la comunicazione tra il personale addetto alle VD e l'assistenza sanitaria.

Attraverso un programma di VD, accompagnato da contatti telefonici e effettuato da personale sanitario formato ad hoc nel corso dei primi 4 mesi di vita del

bambino, lo studio Brown intende valutare i seguenti outcome: tempestività delle cure pediatriche - prima visita neonatale, visite periodiche per valutare il benessere del bambino - e arruolamento nelle VD. Un disegno di analisi di serie temporali mette a confronto i pazienti appartenenti al quartiere oggetto di intervento con un quartiere simile da un punto di vista demografico. Le visite di controllo al neonato effettuate in clinica sono aumentate del 10% a 2 mesi e del 20% a 4 mesi nel gruppo di intervento; l'età media dei neonati alla prima visita prenatale scende da 14.4 giorni a 10.1 giorni di età dopo l'intervento. Aumenta anche l'arruolamento nelle VD.

Lo studio **Hutton 2017** si indirizza ad un problema specifico relativo alla salute del neonato: le morti in culla. Lo studio randomizzato controllato ha coinvolto madri con un basso status socioeconomico (n = 282) iscritte a un programma di VD. Gli addetti alle VD, durante 3 visite fissate a fine gravidanza, ad una settimana e a 2 mesi di vita del bambino, erano incaricati di insegnare e valutare il sonno sicuro utilizzando esclusivamente un libro per bambini oppure opuscoli e materiale informativo che includevano le raccomandazioni sul sonno sicuro dei bambini dell'American Academy of Pediatrics. Il gruppo di intervento riceveva le informazioni dal libro, il gruppo di controllo riceveva le informazioni tramite il materiale informativo. Gli outcome presi in esame erano la conoscenza del sonno sicuro, aderenza, utilità dei materiali, controllo della "Health Literacy" delle madri. La conoscenza rispetto al sonno sicuro è aumentata per entrambi i gruppi, la percentuale di condivisione del letto era più alta e l'uso del lettino esclusivo più bassa per il gruppo del materiale informativo. Le madri e gli addetti alle visite domiciliari hanno riferito un livello di utilità simile, anche se gli addetti alle visite domiciliari hanno riferito un maggiore dialogo tramite il libro e le madri nel gruppo del libro hanno presentato una maggiore condivisione di libri con i loro bambini.

Sono cinque gli studi che affrontano la questione del benessere psicosociale dei futuri genitori o dei neo-genitori. In dettaglio, gli studi **Dugravier 2013**, **McFarlane 2017** e **Surkan 2012** considerano l'impatto di interventi di VD sulla depressione post parto. **Dugravier 2013** valuta l'efficacia sulla depressione post parto di

un programma multicomponente e intensivo di VD perinatali. Un team di psicologi effettua le visite previste dal programma e si incarica di valutarne l'efficacia con VD di follow up a 3, 6, 12, 18 e 24 mesi di età del bambino. L'intervento si indirizza a future mamme primipare che presentano almeno uno dei seguenti fattori di rischio psicosociale: basso livello di istruzione, basso reddito, prospettiva di crescere un figlio senza padre. I risultati, sebbene complessivamente non dimostrino un impatto dell'intervento sulla depressione post-parto, ne sottolineano l'efficacia in termini di prevenzione primaria e nei confronti di alcuni sottogruppi: donne con sintomi depressivi minori alla baseline, donne con livello di istruzione più elevato e donne che cresceranno il figlio con un padre accanto.

Indirizzato allo stress è lo studio **McFarlane del 2017**, il quale ha valutato l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale di gruppo, della durata di 6 settimane, per affrontare lo stress e prevenire la depressione in madri a basso reddito di bambini piccoli. L'intervento, Mothers and Babies Course (MB), integra comprovate tecniche cognitive-comportamentali per la gestione dello stress e la riduzione dei sintomi psicosociali. È stato realizzato su un gruppo di intervento in concomitanza con i servizi di visite domiciliari da parte di specialisti clinici addestrati. Il gruppo di controllo ha ricevuto le visite domiciliari ma non l'intervento MB. L'intervento si è rivelato efficace a breve termine nell'incrementare le strategie di coping e nel ridurre lo stress e la depressione nelle madri. A 6 mesi di distanza l'intervento perde di efficacia. A lungo termine si notano però risposte più sensibili e maggiore coinvolgimento delle madri verso i propri figli. L'impatto dell'intervento varia inoltre a seconda del livello di stress presentato dalle madri alla baseline: madri con livelli di stress più contenuti hanno tratto maggior beneficio dall'intervento rispetto a madri che presentavano alti livelli di stress.

Lo studio **Surkan 2012** valuta invece l'efficacia sulla depressione post parto di un programma educativo Just for You (JFY), che tramite VD effettuate da personale paraprofessionale, unite ad azioni di supporto sociale di counseling telefonico motivazionale, promuove stili di vita salutari, in particolare dieta sana e attività fisica in madri a basso reddito e principalmente appar-

tenenti a minoranze etniche. Il follow up per valutare gli effetti dell'intervento viene completato a 15 mesi di età del bambino: le donne del gruppo di intervento hanno riportato una riduzione modesta ma statisticamente significativa dei sintomi depressivi rispetto al gruppo di controllo.

Gli studi **Mejdoubi 2014** e **Thomson 2016** invece sono indirizzati a interventi di promozione di stili di vita orientati alla salute nei genitori.

Lo studio **Medjoubi 2014** valuta gli effetti di un programma olandese di VD, effettuato da infermieri specializzati e indirizzato a giovani donne fumatrici in gravidanza, con basso reddito e basso livello di istruzione. Il programma è un adattamento del programma americano Nurse Family Partnership. Lo studio considera se l'intervento sia efficace per ridurre il numero di sigarette fumate in gravidanza e raccoglie i dati per la valutazione in quattro momenti, tra 16 e 28 settimane di gravidanza, a 32 settimane di gravidanza e due mesi dopo il parto; considera anche gli effetti sull'allattamento al seno e inizio e durata sono valutati 6 mesi dopo il parto. I risultati dimostrano una significativa diminuzione del numero di sigarette fumate e un aumento del numero di mesi di allattamento al seno, nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. Il programma non incide su altri esiti alla nascita (peso alla nascita, età gestazionale, basso peso alla nascita, nascita prematura).

**Thomson** e colleghi nel **2016** hanno realizzato lo studio Delta Healthy Sprouts per verificare l'impatto comparativo di due programmi di visite domiciliari sul peso, sull'apporto nutrizionale e sui comportamenti salutari di donne afro-americane ad alto rischio e dei loro bambini. Le partecipanti, arruolate all'inizio del secondo trimestre di gravidanza, sono state assegnate in modo casuale a uno dei due gruppi di trattamento, rispettivamente al gruppo di intervento e al gruppo di controllo. L'aumento di peso gestazionale, misurato attraverso sei visite domiciliari mensili, è stato calcolato sottraendo il peso misurato ad ogni visita dal peso pre-gravidanza autoriferito. L'aumento di peso è stato classificato come inferiore, nei limiti o superiore rispetto alle indicazioni dell'Istituto di Medicina, che si fondano sull'indice di massa corporea raccomandato nel perio-

do pre-gravidanza. L'outcome primario era l'aumento di peso gestazionale. I risultati dimostrano che differenze nelle percentuali di partecipanti con peso gestazionale entro i limiti raccomandati non sono significative tra il gruppo di intervento e di controllo.

4 studi, **Pugh 2010**, **McLachlan 2016**, **Watt 2009**, **Wen 2012**, hanno considerato l'impatto di interventi di VD sull'alimentazione del bambino fin dal periodo dell'allattamento.

Lo studio **Pugh 2010** valuta se la presenza di un team di supporto per l'allattamento al seno aumenti i tassi di allattamento a 6, 12, e 24 settimane dopo il parto, tra le madri a basso reddito che vivono in città.

L'intervento di 24 settimane includeva visite in ospedale da parte di un team di supporto, visite a domicilio, assistenza telefonica e attraverso un cercapersone 24 ore. Il gruppo di controllo riceveva cure standard. Le misure di esito sono state valutate mediante self-report a 6, 12, e 24 settimane dopo il parto. L'outcome preso in esame è l'aumento dell'allattamento al seno e i risultati dimostrano che, rispetto al gruppo di controllo, le donne del gruppo di intervento hanno riferito l'allattamento al seno a 6 settimane dopo il parto nella percentuale del 66,7% vs 56,9%. La differenza nei tassi a 12 settimane dopo il parto, 49,4% vs 40,6%, e a 24 settimane dopo il parto, il 29,2% vs 28,1%, sono dati non statisticamente significativi. Il gruppo di intervento aveva più probabilità di allattare al seno a 6 settimane dopo il parto rispetto al gruppo di controllo, un tempo che ha coinciso con la parte più intensa dell'intervento.

**McLachlan 2016** presenta un trial randomizzato controllato a cluster SILC (Supporting breastfeeding In Local Communities) che ha l'obiettivo di aumentare i tassi di allattamento al seno. L'intervento intende agire durante il primo periodo postnatale implementando, a livello di comunità, due interventi di supporto domiciliare per donne a rischio di cessare precocemente l'allattamento al seno. Il trial è stato condotto in Australia, in dieci comuni in cui i tassi di allattamento al seno erano inferiori rispetto alla media dello stato di appartenenza. I comuni erano randomizzati in 3 bracci: un braccio di confronto (che riceveva le cure standard) e due bracci di intervento: a) supporto all'allattamento

precoce a domicilio da parte di infermiere esperte di salute materno-infantile e accesso a un centro della comunità predisposto per supportare l'allattamento, b) supporto all'allattamento precoce a domicilio da parte di infermiere esperte di salute materno-infantile. Complessivamente, per problemi inerenti l'implementazione e l'adesione all'intervento – un numero molto inferiore di donne rispetto a quanto fosse previsto ha ricevuto l'intervento a domicilio di supporto all'allattamento – lo studio SILC riscontra che un supporto extra per favorire l'allattamento al seno, rispetto all'ordinario, non aumenta la percentuale di donne che a 4 mesi di età del neonato allattano al seno. Un precoce supporto a domicilio e a livello di comunità spesso è difficile da implementare. Gli interventi per aumentare l'allattamento al seno nel contesto di comunità complesse richiedono tempo e costruzione di alleanze per un'implementazione di successo. Per cui, considerando il basso livello di adesione al protocollo dello studio, non è possibile concludere che un supporto extra a livello di comunità sia inefficace per migliorare i livelli di allattamento al seno.

Lo studio **Watt 2009** si pone l'obiettivo di accertare se VD mensili possano migliorare le pratiche di alimentazione del bambino e, in particolare a 12 mesi di età, aumentare l'apporto giornaliero di vitamina C attraverso il consumo di frutta e verdura. L'intervento - programma di VD mensili per nove mesi, dai 3 mesi fino ad un anno del bimbo, con 2 follow-up a 12 e 18 mesi di età del bambino - è effettuato da mamme volontarie, appartenenti alla comunità e si rivolge ad un campione disagiato e a basso reddito. Quanto ai risultati, l'apporto di vitamina C derivante dal consumo di frutta e verdura e di altri micronutrienti non differisce in modo statisticamente significativo tra il gruppo di intervento e di controllo, altrettanto per il peso, l'altezza, la durata dell'allattamento al seno esclusivo e i tempi di introduzione di cibi solidi. Tuttavia ci sono differenze significative riguardo a certe abitudini e pratiche alimentari: per esempio i bambini del gruppo di intervento consumano più tipi di frutta e verdura e le percentuali sono significative.

Lo studio **Wen 2012** valuta l'efficacia di interventi di VD per la prevenzione dell'obesità infantile nei primi due anni di vita del bambino. Otto VD sono realizzate da

infermiere di comunità che hanno ricevuto specifica formazione: una prima della nascita e le successive a 1, 3, 5, 9, 12, 18 e 24 mesi dopo la nascita. Si indirizzano a madri appartenenti a gruppi svantaggiati sulla base di criteri socio-economici. L'outcome primario era il BMI del bambino, mentre outcome secondari riguardavano pratiche infantili di alimentazione riferite dalle madri – per esempio consumo di frutta e verdura, di snack e merendine, di bibite e succhi di frutta –, tempo trascorso dal bambino davanti al televisore, consumo materno di verdura e pratica di attività fisica. I risultati dimostrano una riduzione media del BMI nel gruppo di intervento e il dato è statisticamente significativo; l'intervento di VD dimostra alcuni effetti positivi sul consumo infantile di verdura, sulla capacità materna di evitare l'uso del cibo come ricompensa, sul tempo trascorso davanti al televisore, sul consumo materno di verdure e sulla pratica di attività fisica.

Un solo studio, **Lee 2009**, si indirizza all'aspetto dello sviluppo perinatale e nascita del bambino, privilegiato dagli interventi di educazione prenatale. Lee 2009 valuta l'efficacia di VD standardizzate e rispondenti ad un modello strutturato in modo rigoroso (Healthy Families New York) che implementa il modello di visite domiciliari Healthy Families America rispetto ai principali esiti neonatali: basso peso alla nascita ( $\leq 2.500$  gr) e nascita prematura. Le VD si indirizzano a donne in gravidanza e a rischio di esiti natali negativi in quanto molto giovani, non sposate, fumatrici, affidate ai servizi di welfare e appartenenti a minoranze etniche.

Il personale incaricato di effettuare l'intervento è opportunamente addestrato pur non essendo professionale, appartiene alla comunità e condivide la lingua e il contesto culturale delle partecipanti al programma. In riferimento ai risultati, le madri del gruppo di intervento hanno minore probabilità di partorire un bambino di basso peso rispetto alle madri del gruppo di controllo e il dato è statisticamente significativo. Più l'intervento è tempestivo meglio è: il rischio di basso peso alla nascita infatti si riduce ulteriormente perché aumenta il numero di visite domiciliari - l'intensità - a cui il gruppo di intervento si espone. Per quel che concerne l'associazione tra basso peso alla nascita e nascita prematura non c'è significativa differenza tra i 2 gruppi. Tut-

tavia, una significativa relazione esiste tra basso peso alla nascita e nati prematuri: infatti nascono prematuri 60.5% di neonati con basso peso alla nascita vs 8.9% di neonati di peso normale.

Infine, segnaliamo due studi rivolti a fasce di popolazione svantaggiate, i quali oltre a valutare i benefici degli interventi nel migliorare la salute della popolazione target, ne hanno valutato anche l'efficacia nel ridurre le disuguaglianze di salute.

Il primo studio, **Kothari 2013**, valuta se un programma di VD, riservato a donne in gravidanza con reddito al di sotto del livello di povertà, possa essere efficace nel migliorare alcuni indicatori di benessere del nascituro (peso alla nascita, età gestazionale, sids) e nel ridurre le disuguaglianze tra le donne appartenenti alla stessa etnia e a etnie diverse, partendo dal presupposto che i figli di donne di etnia nera avrebbero presentato peggiori esiti di salute.

Le donne inserite nel programma sono state dunque divise in due gruppi: etnia bianca e nera.

Il gruppo di controllo è stato creato con apposite tecniche statistiche e stratificato anch'esso per etnia.

I risultati mostrano che le donne di etnia nera destinatarie dell'intervento partoriscono figli con un maggior peso alla nascita rispetto alle donne di etnia nera non incluse nell'intervento e alle donne di etnia bianca oggetto di intervento.

Il secondo studio, **Chartier 2018**, valuta se il Families First home visiting possa ridurre le disuguaglianze in alcuni esiti legati al benessere della famiglia e del bambino (presa in carico del nascituro da parte dei servizi sociali e copertura vaccinale). Il programma destinato a famiglie svantaggiate ha mostrato di ridurre le disuguaglianze nei due esiti considerati: i bambini appartenenti alle famiglie oggetto dell'intervento avevano minore probabilità di essere presi in carico dai servizi sociali e una maggiore probabilità di avere una copertura vaccinale completa.

Sebbene si tratti di uno studio i cui risultati non sono ancora disponibili, lo studio **Gonzalez 2018** viene segnalato per l'approccio innovativo, orientato all'epigenetica, approccio che riconosce come esperienze di

vita avverse precoci possono essere biologicamente incorporate nel sistema genomico e molecolare che determina nel tempo condizioni di vulnerabilità.

Lo studio Gonzalez si chiede se un intervento preventivo di VD evidence based – Nurse Family Partnership – possa modificare questa “inclusione biologica” con un impatto sugli esiti nelle mamme e nei loro bambini. Sono misurate le alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, del sistema immunitario e le modificazioni epigenetiche.

Sono modificazioni reversibili su cui azioni di prevenzione precoce potrebbero avere un effetto che può essere misurato.

## CONCLUSIONI E LIMITI

Dagli studi presi in esame si possono evincere i seguenti aspetti:

- > gli interventi sono sempre meno focalizzati sugli aspetti tradizionali di cura del bambino, mentre prevale una maggior attenzione per quelli legati alla genitorialità e alla relazione genitore-bambino;
- > gli interventi di VD sono spesso complessi e coinvolgono team multidisciplinari, i cui componenti appartengono tanto all'ambito sanitario quanto a quello sociale e di comunità;
- > sono ancora scarsi gli studi che prendono in considerazione il ruolo del papà e gli aspetti legati al suo benessere psicofisico, per quanto siano molti quelli rivolti al sistema familiare e all'ambiente domestico nel suo insieme;
- > molti studi sperimentano modelli e programmi standardizzati con protocolli definiti rispetto ai contenuti e alla durata degli interventi;
- > il coinvolgimento nel team d'intervento di un membro della comunità di appartenenza del destinatario aumenta la probabilità di ottenere effetti positivi;
- > interventi precoci e continuativi nel tempo sembrano garantire una maggiore efficacia;
- > si rafforza il concetto che il successo e il mantenimento nel tempo degli interventi è strettamente legato all'attivazione di proficue collaborazioni e reti formali e non tra i diversi servizi, sanitari e della comunità, con il maggior coinvolgimento possibile della popolazione vulnerabile destinataria.
- > si aprono nuove frontiere di ricerca basate sulla misurazione di indicatori biologici e sulle modificazioni epigenetiche nel bambino che potrebbero portare ad un tempestivo riconoscimento di futuri danni, ma ancora reversibili con interventi precoci.

Rispetto all'aspetto della riduzione delle disuguaglianze, la totalità degli studi presi in esame adotta un approccio per target, rivolgendosi a popolazioni più svan-

taggiate. Questo implica che se migliorano gli esiti di salute di popolazioni vulnerabili - secondo uno o più dei fattori PROGRESS Plus - non è possibile affermare che diminuiscano le disuguaglianze di salute in generale, perché nella totalità degli studi analizzati viene effettuata una comparazione tra popolazione vulnerabile e il resto della popolazione.

Si segnalano, tuttavia due studi che hanno valutato la potenzialità di un programma di visite domiciliari di ridurre le disuguaglianze di salute negli esiti considerati.

Rispetto alla provenienza geografica degli studi, la predominante rappresentanza di studi americani solleva dei problemi sulla trasferibilità degli interventi presi in esame in contesti molto diversi, non solo da un punto di vista geografico, ma anche politico e culturale.

Si fa presente, inoltre che i programmi di visite domiciliari comportano una spesa sanitaria piuttosto ingente, è dunque fondamentale prima di intraprendere un intervento in questo senso valutarne i costi e benefici.

L'analisi della letteratura sull'efficacia degli interventi di visite domiciliari, per la riduzione delle disuguaglianze nella prima infanzia, ha portato alla descrizione di alcune importanti azioni che potrebbero essere intraprese. Tuttavia, nonostante l'attenzione usata nella selezione degli studi, si segnala che è carente ricerca di buona qualità e vi sono numerose ed ampie zone grigie in cui vi è incertezza sull'efficacia di un intervento e/o delle sue alternative.

Questo non dovrebbe tuttavia determinare la paralisi decisionale, perché il principio della Evidence-based Medicine richiede di fondare le decisioni cliniche sulle "migliori evidenze disponibili" e non sulle "migliori evidenze possibili" che in alcune aree della ricerca - per motivi etici, economici o metodologici - potrebbero non essere mai disponibili.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

### Riferimenti bibliografici degli studi inclusi (in ordine alfabetico)

#### Barnet 2007

Barnet B, Liu J, DeVoe M, Alperovitz-Bichell K, Duggan AK. Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Ann Fam Med*. 2007 May-Jun; 5(3): 224-32.

#### Berlin 2017

Berlin LJ, Martoccio TL, Appleyard Carmody K, Goodman WB, O'Donnell K, Williams J, Murphy RA, Dodge KA. Can typical US home visits affect infant attachment? Preliminary findings from a randomized trial of Healthy Families Durham. *Attachment & Human Development* 2017; 19 (6): 559-79.

#### Brown 2015

Brown CM, Perkins J, Blust A, Kahn RS. A neighborhood-based approach to population health in the pediatric medical home. *J Community Health*. 2015 Feb; 40(1): 1-11.

#### Chartier 2018

Chartier M, Nickel NC, Chateau D, Enns JE, Isaac MR, Katz A, Sarkar J, Burland E, Taylor C, Brownell M. Families First Home Visiting programme reduces population-level child health and social inequities. *J. epidemiol community health* 2018; 72: 47-53.

#### Dishion 2015

Dishion TJ, Mun CJ, Drake EC, Tein JY, Shaw DS, Wilson M. A transactional approach to preventing early childhood neglect: The Family Check-Up as a public health strategy. *Dev Psychopathol*. 2015 Nov; 27(4 Pt 2): 1647-60.

#### Doyle 2015

Doyle O, Fitzpatrick N, Lovett J, Rawdon C. Early intervention and child physical health: Evidence from a Dublin-based randomized controlled trial. *Econ Hum Biol*. 2015 Dec; 19: 224-45.

#### Dugravier 2013

Dugravier R, Tubach F, Saias T, Guedeney N, Pasquet B, Purper-Ouakil D, Tereno S, Welniarz B, Matos J; CAPEDP Study Group., Guedeney A, Greacen T. Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013 Aug 19; 8(8): e72216.

#### Goldfeld 2019

Goldfeld S, Price A, Smith C, et al. Nurse home visiting for families experiencing adversity: A randomized trial. *Pediatrics*. 2019; 143(1): e20181206.

#### Gonzalez 2017

Gonzalez A, Catherine N, Boyle M, et al. Healthy Foundations Study: a randomised controlled trial to evaluate biological embedding of early-life experiences. *BMJ Open* 2018; 8: e018915.

#### Hutton 2017

Hutton JS, Gupta R, Gruber R, Berndsen J, DeWitt T, Ollberding NJ, Van Ginkel JB, Ammerman RT. A randomized trial of a children's book versus brochures for safe sleep knowledge and adherence in a high-risk population. *Acad Pediatr*. 2017 Nov - Dec; 17(8): 879-86.

**Katz 2011**

Katz KS, Jarrett MH, El-Mohandes AA, Schneider S, McNeely-Johnson D, Kiely M. Effectiveness of a combined home visiting and group intervention for low income African American mothers: the pride in parenting program. *Matern Child Health J.* 2011.

**Kothari 2014**

Kothari CL, Zielinski R, James A, Charoth RM, Sweezy Ldel C. Improved birth weight for Black infants: outcomes of a Healthy Start program. *Am J Public Health.* 2014 Feb; 104 Suppl 1: S96-S104.

**Lee 2009**

Lee E, Mitchell-Herzfeld SD, Lowenfels AA, Greene R, Dorabawila V, DuMont KA. Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2009 Feb; 36(2): 154-60.

**McFarlane 2017**

McFarlane E, Burrell L, Duggan A, Tandon D. Outcomes of a randomized trial of a cognitive behavioral enhancement to address maternal distress in home visited mothers. *Matern Child Health J* 2017; 21: 475–84.

**McLachlan 2016**

McLachlan HL, Forster DA, Amir LH, et al. Supporting breastfeeding In Local Communities (SILC) in Victoria, Australia: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016; 6: e008292 ).

**Mejdoubi 2014**

Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Crone M, Crijnen A, HiraSing RA. Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial. *Midwifery.* 2014 Jun; 30(6): 688-95.

**Moss 2011**

Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsy GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated

children: a randomized control trial. *Dev Psychopathol.* 2011 Feb;23(1):195-210.

**Negrão 2014**

Negrão M, Pereira M, Soares I, Mesman J. Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attach Hum Dev.* 2014; 16(4): 315-28.

**Pugh 2010**

Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, Milligan RA. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr.* 2010 Jan-Feb; 10(1): 14-20.

**Surkan 2012**

Surkan PJ, Gottlieb BR, McCormick MC, Hunt A, Peterson KE. Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Matern Child Health J.* 2012 Jan; 16(1): 139-48.

**Tereno 2017**

Tereno S, Madigan S, Lyons-Ruth K, Plamondon A, Atkinson L, Guedeney N, Greacen T, Dugravier R, Sarias T, Guedeney A. Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Dev Psychopathol.* 2017 May; 29(2): 637-649.

**Thompson 2016**

Thomson JL, Tussing-Humphreys LM, Goodman MH, Olender SE. Gestational weight gain: Results from the Delta Healthy Sprouts comparative impact trial. *J Pregnancy.* 2016; 2016: 5703607.

**Watt 2009**

Watt RG, Tull KI, Hardy R, Wiggins M, Kelly Y, Molloy B, Dowler E, Apps J, McGlone P. Effectiveness of a social support intervention on infant feeding practices: randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Feb; 63(2): 156-62.

### Wen 2012

Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Wardle K, Flood VM. Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012 Jun 26; 344: e3732.

## Altri riferimenti bibliografici (in ordine alfabetico)

### Borra 2012

Borra C, Iacovou M, Sevilla A. The effect of breastfeeding on children's cognitive and non cognitive abilities. *Labour Economics* 2012; 19: 496-515.

### Capra 2016

Capra P, Dettoni L, Suglia A, Di Pilato M, Marino M, Ragazzoni P, Scarponi S. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Grugliasco: DoRS, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, INMP, 2016. <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2892>

### Coleman 2009

Coleman L, Glenn F. When couples part, understanding the consequences for adults and children. London, One Plus One, 2009.

### Commissione Europea 2009

Commissione Europea, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU {SEC(2009) 1396} {SEC(2009) 1397}, 2009.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN>

### Dutton 2006

Dutton DG, Corvo K. Transforming a flawed policy: a call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent*

*Behavior* 2006; 11(5):457-483

### Dyson 2009

Dyson A et al. Childhood development, education and health inequalities. London, Marmot

### Review, 2009

European portal action for health inequalities

European portal action for health inequalities - <http://www.health-inequalities.eu/>

### Fox 2010

Fox SE, Levit P, Nelson CA III. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development* 2010; 81:28-40

### Huntsinger 2004

Huntsinger ET, Luecken LJ. Attachment relationships and health behavior: the meditational role of self-esteem. *Psychology and Health* 2004; 19:515-526

### Irwin 2007

Irwin LG, Arjumand Siddiqi RN, Hertzman C. Early Child Development: A powerful equalizer Final report for the World Health Organization's Commission on the social determinants of health, 2007. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>

### Jensen 2013

Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Who Regional Office for Europe, 2013, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf)

### Kavanagh 2008

Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections in developing and using PROGRESS-Plus. Equity update.

<http://www.equity.cochrane.org/Files/EquityUpdateVol2Issue1.pdf>, 2008; Vol. 2:1–3

### **Marinacci 2014**

Marinacci C., Maggini M., (2014), Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia. In Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano

### **Marmot Review Team 2010**

Marmot Review Team. Fair society health lives. London, Marmot Review 2010

<http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

### **Marmot 2008**

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650): 1661–1669

### **Marmot 2006**

Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006; 368: 2081-2094

### **McWilliams 2010**

McWilliams LA, Bailey SJ (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychology* 2010; 29:446–453

### **Melhuish 2008**

Melhuish EC et al. Effects of the home learning environment and preschool center experience upon literacy and numeracy development in early primary school. *Journal of Social Issues* 2008; 64: 95–114

### **Melhuish 2010**

Melhuish EC. Why children, parents and home learning

are important. In: Sylva K et al., eds. *Early childhood matters: evidence from the effective pre-school and primary education project*. London, Routledge, 2010

### **Meltzer 2003**

Meltzer H et al. The mental health of young people looked after by local authorities in England: summary report. London, Department of Health. 2003

### **Oliver 2008**

Oliver S et al. Health promotion, inequalities and young people's health: a systematic review of research. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2008

### **Pillas 2014**

Pillas D et al. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric Research* 2014 Nov;76 (5): 418-424

### **Siddiqi 2007**

Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C. Total environment assessment model for early child development. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, 2007.

### **Tugwell 2006**

Tugwell P, Petticrew M, Robinson V, Kristjansson E, Maxwell L, Cochrane Equity Field Editorial Team. Cochrane and Campbell Collaborations, and health equity. *Lancet* 2006; 367(9517):1128–30

### **Tugwell 2010**

Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, Waters E, Bonnefoy J, Morgan A, Doohan E, Kelly MP. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ*. 2010 Sep 13;341:c4739

### **Walsh 1992**

Walsh A. Drug use and sexual behaviour: users, expe-

rimenters, and abstainers. *Journal of Social Psychology* 1992; 132(5):691–693

**Welch 2010**

Welch V, Tugwell P, Petticrew M, de Montigny J, Uefing E, Kristjansson B, McGowan J, Benkhalti Jandu M, Wells GA, Brand K, Smylie J. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12

**WHO 2012**

WHO. Health Impact Assessment (HIA) – Glossario dei termini utilizzati, 2012.

<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>

**WHO 2013**

WHO Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

# CARATTERISTICHE DEGLI STUDI

## 1. Barnet, 2007

<b>Titolo</b>	<b>Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Adolescenti incinte da 24 settimane, tra i 12 e i 18 anni, reclutate presso 3 siti di cure prenatali a Baltimora. Le adolescenti erano principalmente di etnia afro-americana e in condizioni di svantaggio economico.
<b>Numerosità del campione</b>	Delle 122 adolescenti incinte ritenute idonee a partecipare 84 hanno dato il loro consenso, completato le valutazioni alla baseline e 44 sono state randomizzate al gruppo di intervento di visite domiciliari e 40 al gruppo di controllo. Del campione finale 62 adolescenti (74%) hanno completato il follow-up ad un anno, 63 (75%) a 2 anni e 56 (67%) hanno completato entrambe le valutazioni al follow-up.
<b>Setting</b>	Comunità / Sanitario – il campione viene reclutato da 3 siti urbani di cure prenatali a Baltimora
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità;
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Le mamme adolescenti sono a rischio di ripetute gravidanze, di depressione, di abbandono scolastico e di scarse competenze genitoriali. Si valuta l'impatto di un programma di visite domiciliari community-based rispetto a questi outcome e alla possibilità di mettere in contatto le adolescenti con l'assistenza sanitaria di base.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Addetti a visite domiciliari opportunamente addestrati (non personale sanitario ma paraprofessionale), reclutati dalle comunità locali, sono appaiati ad ogni adolescente e forniscono servizi fino al secondo compleanno del bambino. Somministrano un curriculum riguardo al ruolo di genitore realizzato da un esperto di sviluppo infantile e ritagliato sui bisogni e la cultura del destinatario, incoraggiano l'uso di contraccettivi, mettono in contatto l'adolescente con l'assistenza sanitaria di base e promuovono la continuazione della carriera scolastica. Gli assistenti alla ricerca raccolgono dati attraverso interviste strutturate al baseline e dopo 1 e 2 anni di follow-up usando strumenti validati per misurare la genitorialità (Adult-Adolescent Parenting Inventory) e la depressione (Center for Epidemiologic Studies Depression index). Lo status scolastico e le ripetute gravidanze sono autoriferite.  L'impatto del programma è stato misurato nel tempo con un'analisi intention-to-treat, cioè un'analisi che ha tenuto conto di tutto il campione, anche chi ha abbandonato lo studio prima della sua conclusione.

<b>Outcome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiamenti delle attitudini e credenze riguardo al ruolo di genitore;</li> <li>• Comportamenti riguardo alla contraccezione;</li> <li>• Ripetute gravidanze;</li> <li>• Sintomi di depressione;</li> <li>• Proseguimento della scuola;</li> <li>• Contatto con l'assistenza sanitaria di base.</li> </ul>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico, età adolescente, depressione, abbandono scolastico.
<b>Risultati</b>	<p>Il programma ha un impatto positivo sugli atteggiamenti e le credenze delle mamme adolescenti; in confronto al gruppo di controllo le adolescenti che ricevono visite domiciliari riportano significativi cambiamenti nel tempo, nei punteggi complessivi dello strumento Adult-Adolescent Parenting Inventory AAPI. I punteggi sulla genitorialità al follow-up sono, per le adolescenti che hanno ricevuto il programma, 5,5 punti superiori a quelli del gruppo di controllo (95% intervallo di confidenza, 0.5-10.4 punti; <math>P = .03</math>) e la loro probabilità di continuare la scuola è 3,5 volte superiore (95% confidenza, 1.1-11.8; <math>P &lt; .05</math>).</p> <p>Il programma non ha invece alcun impatto sulle gravidanze ripetute, sulla depressione e sul contatto con l'assistenza sanitaria di base.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si rivolge ad una popolazione vulnerabile, mamme adolescenti, con basso stato socio economico e appartenenti a minoranze etniche.
<b>Note</b>	<p>Lo studio solleva quesiti su come integrare i servizi di comunità e delle cure primarie per giovani mamme vulnerabili. Come migliorare la comunicazione tra questi due contesti per promuovere o rinforzare cambiamenti positivi di comportamento.</p> <p>È possibile che outcome importanti su cui lo studio non ha ottenuto esiti - gravidanze ripetute e depressione - potrebbero condurre a risultati positivi con una maggiore coordinamento dell'assistenza. I programmi di visite domiciliari di comunità e le pratiche dell'assistenza sanitaria di base potrebbero ottenere maggiori benefici se lavorassero in sinergia per sviluppare e sperimentare procedure e implementazione di azioni indirizzate ad adolescenti ad alto rischio.</p>

## 2. Berlin, 2017

Titolo	<b>Can typical US home visits affect infant attachment? Preliminary findings from a randomized trial of Healthy Families Durham</b>
Paese	USA
Disegno dello studio	RCT
Popolazione considerata	Madri a rischio insieme ai loro bambini
Numerosità del campione	94 diadi madre-bambino ad alto rischio, che presentavamo almeno uno dei seguenti fattori: età materna di 16 anni o meno, storia di maltrattamento infantile, sintomi di disagio mentale negli ultimi 12 mesi, utilizzo passato o presente di alcool o altre sostanze, storia di violenza domestica, scarso supporto sociale.
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sostegno alla genitorialità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
Obiettivo dello studio	Testare la sicurezza e la disorganizzazione dell'attaccamento infantile come predittori di problemi comportamentali nel neonato e valutare gli effetti del programma sulla sicurezza e sulla disorganizzazione dell'attaccamento.
Intervento/attività prevista	<p>Le partecipanti allo studio sono state selezionate sulla base della presenza dei fattori di rischio sopra elencati e dei seguenti criteri: primipare, assenza di medio-gravi compromissioni dal punto di vista cognitivo, assenza di sintomi psichiatrico acuti. Una volta selezionato il campione, le partecipanti sono state assegnate casualmente a quattro differenti gruppi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppo "HDF-36", il quale ha seguito il modello nazionale Healthy Families e ha ricevuto il servizio di VD fino al terzo anno di vita del bambino;</li> <li>• Gruppo "HDF-18", il quale ha seguito un modello sperimentale ridotto e ha ricevuto il servizio di VD fino ai 18 mesi di vita del bambino;</li> <li>• Gruppo di controllo "Yearly Check-up", il quale ha partecipato a analisi di ricerca annuali senza aver ricevuto alcun servizio di VD;</li> <li>• Gruppo "Services as usual", che non è più stato intercettato in seguito alla randomizzazione del campione.</li> </ul> <p>Il programma HDF offre un servizio di visite domiciliari eseguito da persone laureate, solitamente assistenti sociali o counselor professionisti, il cui lavoro consiste nel promuovere le conoscenze dei genitori rispetto allo sviluppo del bambino, supportare interazioni positive tra genitore e bambino, migliorare la salute e la sicurezza dei membri della famiglia.</p> <p>Oltre al programma di visite domiciliari, le partecipanti sono state invitate a partecipare in un'attività di ricerca aggiuntiva a partire dai 12 mesi di vita del bambino, la Strage Situation.</p>
Outcome	Disorganizzazione/sicurezza dell'attaccamento.

Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio-economico
Risultati	<p>È stato dimostrato che:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la disorganizzazione dell'attaccamento del bambino predice in maniera significativa la comparsa di problemi comportamentali nel bambino;</li><li>• la partecipazione al programma di visite domiciliari Healthy Families Durham (HFD) non influenza significativamente la disorganizzazione o la sicurezza dell'attaccamento infantile. Il programma non include infatti protocolli di intervento specifici per la relazione di attaccamento.</li></ul> <p>Un risultato inaspettato riguarda la correlazione negativa tra scarso sostegno sociale e presenza di sintomi di disagio mentale nella madre e la correlazione positiva tra scarso sostegno sociale e sicurezza dell'attaccamento infantile.</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata..
Note	

### 3. Brown, 2015

<b>Titolo</b>	<b>A neighborhood-based approach to population health in the pediatric medical home.</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Analisi di misure ripetute con gruppo di controllo
<b>Popolazione considerata</b>	Bambini di 2-4 mesi, nati in quartieri a basso reddito.
<b>Numerosità del campione</b>	Il quartiere oggetto dello studio conta una media di 550 nascite all'anno e il reddito medio famiglia è di circa 26.000 dollari.
<b>Setting</b>	Sanitario / Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Migliorare la salute dei neonati: migliorare il rapporto tra la famiglia del neonato e la clinica ostetrica, aumentare il numero di famiglie da arruolare nel programma di visite domiciliari, migliorare la comunicazione tra il personale addetto alle visite domiciliari e l'assistenza sanitaria.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Contatti telefonici e visite domiciliari nei primi 4 mesi di vita del bambino, effettuate da personale sanitario formato ad hoc.
<b>Outcome</b>	Tempestività prima visita neonatale, tempestività visite periodiche per valutare il benessere del bambino, accesso servizi sanitari.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, Stato socioeconomico
<b>Risultati</b>	Le visite di controllo al neonato effettuate in clinica sono aumentate del 10% a 2 mesi e del 20% a 4 mesi. L'età media dei neonati alla prima visita prenatale passa da 14.4 giorni a 10.1 giorni di età dopo l'intervento.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Il miglioramento dello stato di salute in neonati in famiglie a basso reddito può portare alla riduzione delle disuguaglianze di salute nell'infanzia.
<b>Note</b>	

## 4. Chartier, 2018

<b>Titolo</b>	<b>Families First Home Visiting programme reduces population-level child health and social inequities</b>
<b>Paese</b>	Canada
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte retrospettivo basato sulla popolazione
<b>Popolazione considerata</b>	Bambini nati a Manitoba tra il 2003 e il 2009
<b>Numerosità del campione</b>	
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Il presente studio ha il seguente obiettivo: analizzare se Families First HV, un programma di visite domiciliari, è in grado di diminuire i livelli di disuguaglianze della popolazione nei bambini che vengono presi in carico dal welfare e che ricevono vaccinazioni complete nel corso dell'infanzia.
<b>Intervento/attività prevista</b>	In un primo momento sono stati identificati i dati relativi ai servizi sanitari e sociali forniti ai bambini nati a Manitoba (Canada) tra il 2003 e il 2009, e in seguito messi in relazione ai dati del programma di visite domiciliari. Dopodiché gli sperimentatori hanno confrontato le probabilità di essere presi in carico e di ricevere vaccinazioni tra i bambini del programma (4575), i bambini idonei che non hanno ricevuto il programma di visite domiciliari (5186) e la popolazione generale di bambini (87897) e testato le disuguaglianze tra i diversi gruppi.
<b>Outcome</b>	Probabilità di essere presi in carico dai servizi sociali e ricevere vaccinazioni complete
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico, livello di istruzione della madre e altri fattori PLUS (storia familiare di violenza domestica e abuso di sostanze, stato di disagio mentale della madre - (ansia, depressione, schizofrenia -, comportamento antisociale dei genitori, isolamento sociale, famiglia monoparentale.
<b>Risultati</b>	I bambini del programma avevano meno probabilità di essere presi in carico all'età di 1 anno e più probabilità di ricevere le vaccinazioni complete. Le disuguaglianze tra i bambini del programma e la popolazione generale sono state ridotte per entrambi i risultati. Queste disuguaglianze sono state anche significativamente ridotte all'età di 2 anni.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Il programma FFVH riduce la disuguaglianze nella presa in carico del bambino da parte dei servizi sociali e nel tasso di vaccinazioni.

---

**Note**

I programmi di visite domiciliari dovrebbero essere riconosciuti come strategie efficaci per migliorare gli esiti di salute infantili e ridurre i livelli di disuguaglianze sociali e di salute nella popolazione.

---

## 5. Dishion, 2015

<b>Titolo</b>	<b>A transactional approach to preventing early childhood neglect: The Family Check-Up as a public health strategy.</b>
<b>Paese</b>	USA Arizona
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte longitudinale controllato.
<b>Popolazione considerata</b>	Campione di opportunità: diade madre-figli riceventi il servizio di home-visiting "Women, Infants, and Children Nutritional Supplement (WIC)" Criteri di inclusione: bambini con età inclusa tra 2 e 3 anni all'arruolamento, famiglie ad elevato rischio di indurre disturbi comportamentali nei figli.
<b>Numerosità del campione</b>	731
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità; sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Prevenzione di maltrattamento e trascuratezza infantile
<b>Intervento/attività prevista</b>	Intervento progettato sulle esigenze contingenti di ciascuna famiglia: 3 sessioni/anno volte a informare circa le buone pratiche per la genitorialità: a) valutazione dell'ambiente domestico secondo un approccio multi-informativo ed ecologico, videoregistrando le interazioni della diade; b) sessione di raccolta delle informazioni sulla famiglia e sulle preoccupazioni dei genitori; c) sessione di valutazione degli effetti. Gruppo di controllo: stessa procedura di valutazione iniziale; poi ha seguito il servizio WIC routinario.
<b>Outcome</b>	Misura del livello di trascuratezza del bambino all'età di 4 anni., secondo la scala Home Observation for Measurement of Environment (HOME). 36 voci, le cui aree fondamentali per lo studio sono: trascuratezza affettiva, trascuratezza nel monitoraggio, trascuratezza nel prendersi cura del bambino
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, livello di istruzione, status socio economico, famiglia mono-genitoriale, sovraffollamento dell'unità abitativa; genitore con problemi di alcool o droghe; pericolosità del quartiere
<b>Risultati</b>	Un programma breve di visite domiciliari aumenta la durata delle interazioni positive tra caregiver e il figlio, che a sua volta riduce diverse forme di trascuratezza dei genitori nella prima infanzia.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Le famiglie con fattori di rischio multipli sono state quelle più responsive all'intervento
<b>Note</b>	

## 6. Doyle, 2015

<b>Titolo</b>	<b>Early intervention and child physical health: Evidence from a Dublin-based randomized controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	Irlanda (Dublin)
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	gestanti residenti in un'area urbana socio-economicamente svantaggiata di Dublino
<b>Numerosità del campione</b>	233 (di cui 115 intervento, 118 controllo)
<b>Setting</b>	Sanitario / comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità; sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Studiare l'impatto dell'intervento sulla salute generale dei bambini, riportare il numero dei problemi di salute generale, il numero dei ricoveri, degli incidenti, delle vaccinazioni, degli eventi di asma/dispnea, delle infezioni dell'apparato respiratorio a diversi tempi di controllo (6, 12, 36 mesi). Effetti valutati separatamente per maschi e femmine.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Intervento Preparing for Life: visite domiciliari per i primi tre anni di vita. Due visite domiciliari al mese della durata di circa 1 ora. (atteso 51 visite in 36 mesi). Stesso mentore per tutto il periodo. Attività: educazione sul ruolo genitoriale, dimostrazioni, consulenza, discussioni, incoraggiamento e feedback in merito all'interazione col bambino. Uso di schede illustrative basate su indicazioni istituzionali e buone pratiche. (pre-parto) (1-2 anni) (2-4 anni). Frequenza del corso "Triple P" quando i loro figli hanno un'età compresa tra i 2 e i 3 anni. Intervento e controllo: accesso ai servizi routinari, inclusi libri e informazioni sullo sviluppo. Entrambi sono invitati, tramite social-media, a partecipare a workshop pubblici sulla gestione dello stress, alimentazione sana già attivati nella comunità. Il gruppo di controllo non riceve le visite domiciliari, i fogli illustrativi o i corsi specifici per i genitori. Può accedere a richiesta a personale di supporto. Al baseline non rilevate differenze statisticamente significative tra i gruppi.
<b>Outcome</b>	Numero di affezioni, ricoveri, incidenti, asma, vaccinazioni, infezioni polmonari, misurati in tempi diversi.
<b>Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame</b>	Luogo di residenza, Etnia, scolarità, disoccupazione, stato civile, famiglia mono-parentale, alcool e sostanze, occupazione, depressione.

<b>Risultati</b>	<p>Riduce l'incidenza di asma/dispnea. Risultati statisticamente significativi anche aggiustando per altri fattori e secondo il gradiente economico. Altri effetti non significativi dopo aggiustamento: numero totale di problemi di salute, salute generale, ospedalizzazione, immunizzazione, infezioni polmonari.</p> <p>L'analisi per sottogruppi rileva un effetto maggiore per i maschi rispetto alle femmine che riportano minori problemi di salute, incidenti e infezioni polmonari.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	<p>Approccio target. L'intervento ha coinvolto solo donne appartenenti a gruppi svantaggiati.</p>

## 7. Dugravier, 2013

<b>Titolo</b>	<b>Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	Francia
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne primare al sesto mese di gravidanza con meno di 26 anni con almeno una delle seguenti caratteristiche: basso livello di istruzione, basso reddito, prospettiva di crescere il figlio senza padre.
<b>Numerosità del campione</b>	440 donne (222 nel gruppo di intervento e 218 nel gruppo di controllo)
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Efficacia di un intervento di home visiting per la prevenzione della depressione post parto in un gruppo di donne a rischio per tale sintomatologia
<b>Intervento/attività prevista</b>	Visite domiciliari intensive fino al compimento del secondo anno del bambino. La prima è effettuata alla 27esima settimana di gravidanza, le successive a 3, 6, 12, 18 e 24 mesi del figlio. Il programma di visite domiciliari è descritto nel manuale Services Intégrés pour la Périnatalité et la Petite Enfance (Integrated services for perinatal health and early childhood).
<b>Outcome</b>	Prevenzione della Depressione post parto
<b>Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame</b>	Socioeconomico, Etnia
<b>Risultati</b>	Gruppo di intervento ha punteggi EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) più bassi rispetto al gruppo di controllo in alcuni sottogruppi: donne con minori sintomi depressivi al baseline, donne che avrebbero cresciuto il figlio con il padre e donne con un livello di istruzione più elevato.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto solo donne appartenenti a gruppi svantaggiati.
<b>Note</b>	

## 8. Goldfeld, 2019

<b>Titolo</b>	<b>Nurse Home Visiting for Families Experiencing Adversity: A Randomized Trial</b>
<b>Paese</b>	Australia
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Gestanti sotto la 37esima settimana di gravidanza con sufficiente padronanza della lingua inglese e più di 2 fattori di rischio tra i 10 identificati allo screening
<b>Numerosità del campione</b>	306 donne nel gruppo di intervento e 290 nel gruppo di controllo
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità; sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	L'obiettivo del presente studio è quello di testare l'efficacia di un programma di Nurse Home Visiting in Australia, offerto a donne in gravidanza in condizioni di avversità, ipotizzando una serie di miglioramenti in termini di capacità di cura genitoriale, responsabilità e ambiente di apprendimento domestico.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Dopo l'intervista al baseline, le partecipanti sono state assegnate in modo casuale al gruppo di intervento o al gruppo di controllo. L'intervento è stato strutturato sulla base di 5 strategie evidence-based per quanto riguarda i contenuti (sonno, sicurezza, nutrizione, regolazione e relazione) e 2 per quanto riguarda il processo di consegna (feedback video e strategie di intervista motivazionale). Alle donne dell'intervento sono state offerte 25 visite infermieristiche di 60-90 minuti ciascuna, che hanno avuto inizio in fase prenatale e sono state fornite per lo più dalla stessa infermiera con formazione specifica. L'intervento ha incluso anche più di una visita domiciliare da parte di un assistente sociale professionista, che ha supportato l'infermiera nella consegna e nell'esecuzione dell'intervento e ha fornito brevi interventi di consulenza e gestione dei casi per le famiglie, laddove necessario.
<b>Outcome</b>	Sono stati identificati 13 outcome attraverso i 3 domini, che sono stati selezionati a priori secondo la logica e il contenuto del programma di intervento (orario dei pasti regolare, scelte alimentari, orario di addormentamento regolare, routine serale regolare, sicurezza dell'ambiente, calore genitoriale, parenting ostile, responsabilità genitoriale e ambiente di apprendimento domestico).
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico, livello di istruzione, e fattori PLUS
<b>Risultati</b>	Rispetto alle donne nel gruppo di controllo, quelle del gruppo di intervento hanno riportato più regolarità nell'ora di addormentamento del bambino, aumento della sicurezza dell'ambiente, aumento del calore e del coinvolgimento genitoriale, sviluppo di un parenting meno ostile e maggiore varietà familiare nell'esperienza.

---

<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”, dal momento in cui la condizione d’interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L’intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
<b>Note</b>	Il programma ha migliorato la genitorialità e i determinanti dell’ambiente domestico per la salute e lo sviluppo dei bambini.

---

## 9. Gonzalez, 2017

<b>Titolo</b>	<b>Healthy Foundations Study: a randomised controlled trial to evaluate biological embedding of early-life experiences</b>
<b>Paese</b>	Canada
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Giovani madri vulnerabili e a basso reddito e i loro bambini
<b>Numerosità del campione</b>	459 donne
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori; sviluppo cognitivo sociale ed emotivo del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	<p>Il Nurse Family Partnership (NFP) è un intervento evidence-based con efficacia dimostrata nel miglioramento della salute prenatale, della genitorialità e della funzionalità del bambino. Lo studio Healthy Foundations è un'innovativa coorte di nascita che valuterà l'impatto del NFP sugli outcome biologici delle madri e dei loro bambini. L'obiettivo dello studio è quello di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>determinare se la NFP ha un effetto sulla funzione biologica infantile, come riflesso delle alterazioni dell'asse HPA (asse ipotalamo-ipofisi-surrene) della funzione immunitaria e dei marcatori epigenetici. Nello specifico, se la NFP è in grado di attenuare le interruzioni nella funzione dell'asse HPA (cortisolo salivare infantile) e i marcatori infiammatori sensibili alle prime esperienze avverse e se la NFP influenza i gradi di metilazione del DNA in funzione dello status del gruppo di intervento;</li> <li>indagare se l'intervento ha un impatto sui fattori di rischio prenatale, inclusi i livelli di cortisolo prenatale materno, e se questi cambiamenti sono associati con alterazioni nei marcatori biologici dei bambini. In particolare, determinare se lo stress materno prenatale (cortisolo prenatale materno e avversità prenatale) si associa a fisiologia infantile da stress (reattività cortisolo e marcatori infiammatori) e se il NFP modera questa associazione;</li> <li>esaminare se le alterazioni nei marcatori biologici spiegano l'impatto dell'intervento sui risultati di salute infantile. Nello specifico, verrà testato un modello di mediazione per esaminare se l'attenuazione delle avversità postnatali, presumibilmente indotta dalla NFP, media l'associazione tra la NFP sui livelli di cortisolo infantile e gli esiti di salute (funzionamento cognitivo e socio-emozionale).</li> </ul>
<b>Intervento/attività prevista</b>	A partire dal 2013, fino a 400 madri incinte e i loro neonati sono stati reclutati dal British Healthy Connections Project, uno studio controllato randomizzato del NFP (The Nurse Family Partnership) e saranno seguiti fino ai 2 anni di vita del bambino. Le donne sono state reclutate prima della 28esima settimana di gestazione e poi randomizzate individualmente per ricevere servizi esistenti (gruppo di confronto) o NFP più servizi esistenti (gruppo di intervento).

	<p>I NFP è un programma di visite domiciliari basato sull'evidenza per le giovani madri vulnerabili e a basso reddito e i loro bambini sviluppati negli USA. In Canada, in alcuni luoghi in cui è stata studiata questa procedura, infermiere della sanità pubblica (PHN) addestrate a somministrare la NFP provvedono a fornire educazione intensiva e supporto alle madri durante visite a domicilio che iniziano nel primo periodo della gravidanza e continuano fino al secondo compleanno del bambino. Al fine di determinare se la NFP ha un effetto sulla funzione biologica infantile, sono stati raccolti: campioni di capelli dalle madri alla baseline e 2 mesi dopo il parto per misurare lo stress fisiologico, campioni di saliva dai neonati durante tutte le visite per analisi dello stress e della funzione immunitaria; tamponi buccali dai bambini a 2 e 24 mesi per valutare la metilazione del DNA.</p> <p>I campioni biologici saranno correlati alle misure di outcome infantile all'età di 2 anni.</p>
<b>Outcome</b>	Gli outcome primari sono: cortisolo presente nei capelli della madre, cortisolo presente nella saliva del bambino, procedure di stress infantile, marcatori di infiammazione infantili, osservazioni comportamentali della genitorialità, epigenetica e DNAm.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico + fattori PLUS
<b>Risultati</b>	L'esame della funzione HPA, dei marcatori infiammatori e del DNAmetilato nell'infanzia ci fornisce informazioni sull'importanza degli effetti dell'intervento a breve termine, che probabilmente hanno implicazioni a lungo termine. Riconoscendo che alcuni effetti dell'intervento possono non essere evidenti fino a dopo il completamento dell'intervento e che alcuni degli effetti positivi più pronunciati del NFP sono stati osservati in età successive, il piano a lungo termine è quello di seguire questa coorte di intervento longitudinalmente durante l'età prescolare e la scuola anni. Se la NFP può determinare un "fenotipo biologico più sano", ciò può suggerire un impatto positivo dell'intervento a livello biologico e prevedere una maggiore probabilità di salute futura.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Riduce gli esiti delle disuguaglianze in termini di salute, ma non riduce le disuguaglianze.
<b>Note</b>	I risultati di questo studio forniscono a tutte le parti interessate importanti informazioni su come le avversità precoci possono portare a disparità di salute e comportamentali e su come queste possano essere modificate attraverso interventi precoci.

## 10.Hutton, 2017

<b>Titolo</b>	<b>Randomized Trial of a Children's Book Versus Brochures for Safe Sleep Knowledge and Adherence in a High-Risk Population</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Madri con basso status socioeconomico e bassa "Health Literacy"
<b>Numerosità del campione</b>	282 madri
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Le morti infantili correlate al sonno sono aumentate nell'ultimo decennio, riguardando in modo sproporzionato le famiglie con un basso status socioeconomico. I materiali stampati sono ampiamente utilizzati per azioni preventive, ma nessuno di questi è stato progettato per il sonno sicuro. L'obiettivo di questo studio è quello di testare l'efficacia di un libro appositamente progettato per bambini comparandone l'efficacia con quella delle brochures, al fine di garantire una maggiore conoscenza del sonno sicuro e una maggiore aderenza.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Questo studio randomizzato controllato ha coinvolto madri con un basso status socioeconomico (n = 282) iscritte a un programma di visite domiciliari. Gli addetti alle visite domiciliari sono stati assegnati in modo casuale per eseguire insegnamenti e valutazioni del sonno sicuro durante 3 visite avvenute nel terzo trimestre, ad una settimana di vita del bambino e a 2 mesi di vita del bambino, utilizzando esclusivamente un libro per bambini o opuscoli appositamente progettati e rassegne che incorporavano le raccomandazioni sul sonno sicuro dei bambini dell'American Academy of Pediatrics.
<b>Outcome</b>	Conoscenza del sonno sicuro, aderenza, utilità dei materiali, controllo della "Health Literacy" delle madri
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico, etnia, livello di istruzione
<b>Risultati</b>	La conoscenza del sonno sicuro è aumentata. Le quote di condivisione del letto erano più alte e l'uso del lettino esclusivo più basso per il gruppo di controllo (P < .05). Le madri e gli addetti alle visite domiciliari hanno riportato un livello di utilità simile, anche se gli addetti alle visite domiciliari hanno riferito un maggiore dialogo tramite il libro e le madri nel gruppo di intervento hanno riportato una maggiore condivisione di libri con i loro bambini.

---

<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”, dal momento in cui la condizione d’interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L’intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Riduce gli esiti delle disuguaglianze in termini di salute, ma non riduce le disuguaglianze.
<b>Note</b>	

---

## 11. Katz, 2011

<b>Titolo</b>	<b>Effectiveness of a combined home visiting and group intervention for low income African American mothers: the pride in parenting program.</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Madri afro-americane a basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	N=286 (146 nel gruppo di intervento e 140 nel gruppo di controllo)
<b>Setting</b>	Ospedali
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità; Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Verificare se le visite domiciliari fatte da personale para-professionale proveniente dalla comunità target dell'intervento potevano influenzare efficacemente la salute, i comportamenti e gli atteggiamenti genitoriali delle madri afro-americane che avevano dimostrato cure prenatali inadeguate. Gli obiettivi principali erano di migliorare la salute materna e infantile e le risorse dei servizi sociali, di identificare e mantenere i sistemi comunitari esistenti, di sviluppare strategie di coping efficaci, stabilire routine familiari e obiettivi personali, e migliorare la risposta alle esigenze del bambino
<b>Intervento/attività prevista</b>	Il personale para-professionale durante le visite domiciliari seguiva una procedura standardizzata. Argomenti specifici tratti principalmente dai programmi esistenti erano selezionati per affrontare questi obiettivi. Ogni visita a casa includeva un'attività di gioco tratta dal curriculum formativo Partners, convalidato su una popolazione simile.
<b>Outcome</b>	Miglioramento delle conoscenze e atteggiamenti materni, promozione di "life skills" fra madri a basso reddito e conseguente miglioramento della salute e dello sviluppo dei bambini.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico, etnia, livello di istruzione

**Risultati**

Le donne arruolate erano prevalentemente madri afro-americane nubili. Quasi il 45% delle donne non aveva completato la scuola superiore. La maggior parte aveva ricevuto i benefici Medicaid per coprire i costi di assistenza medica. Il gruppo nel suo insieme aveva totalizzato una media di 3,7 visite prenatali. Anche se la gravidanza è stata segnalata come indesiderata (93% delle madri), solo il 22% aveva dichiarato di utilizzare un metodo contraccettivo).

Il 41% delle donne arruolate ha abbandonato lo studio prima della fine.

Un impatto significativo di questo intervento, sia attraverso le visite a domicilio sia attraverso la partecipazione a gruppi di genitori, è stato il suo effetto sulla capacità delle madri di creare ambienti domestici più idonei per le esigenze dei loro bambini.

L'importanza dell'ambiente per lo sviluppo cognitivo dei bambini è supportato in numerosi studi. I bambini che crescono in ambienti domestici con supporto allo sviluppo limitato mostrano spesso un modello di calo delle prestazioni cognitive dopo il raggiungimento degli step fondamentali normali nel primo anno di vita. Ciò riflette una mancanza di adeguata stimolazione ambientale per quelle abilità cognitive importanti dopo il primo

anno di vita, e si correla con il fallimento scolastico nella tarda infanzia.

I bambini di madri con scarsa cura prenatale, come quelli dello studio, sono ad aumentato rischio di abusi sui minori, negligenza e lesioni involontarie.

L'intervento ha avuto successo nel migliorare l'atteggiamento delle madri, legato all'inversione dei ruoli tra genitori e figli con i loro bambini, un forte marcatore per abusi sui minori. Le madri sono state incoraggiate a bilanciare, anticipare e soddisfare le esigenze dei loro bambini contro la propria. Il programma si è dimostrato efficace nel modificare i comportamenti e gli atteggiamenti. Gli 'home visitors' hanno lavorato con le madri per identificare ostacoli e i modi per superarli.

Per quanto riguarda il "Parenting stress" e il sostegno sociale, quest'ultimo ha svolto un ruolo importante nel ridurre lo stress nelle madri ad alto rischio e, in gravidanza, ha permesso un miglioramento dei risultati.

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Non si può dire che abbia migliorato le disuguaglianze

**Note**

Le partecipanti all'intervento hanno migliorato l'ambiente domestico, una caratteristica importante per la promozione dello sviluppo dei bambini. La percezione del sostegno sociale a disposizione delle madri ha migliorato l'educazione dei figli e gli atteggiamenti associati al maltrattamento sono stati ridotti. Gli "home visitors" paraprofessionali possono avere successo nel migliorare l'ambiente per la crescita dei figli e gli atteggiamenti genitoriali per i neonati a rischio, forse anche perché offrono una opzione meno costosa degli "home visitors" professionali

## 12.Kothari, 2013

<b>Titolo</b>	<b>Improved birth weight for Black infants: outcomes of a Healthy Start program.</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Prima-dopo con gruppo di controllo
<b>Popolazione considerata</b>	Donne incinte, residenti in una contea del Michigan, che hanno partorito dal 2008 al 2010
<b>Numerosità del campione</b>	Campione di 9336 donne stratificato secondo due categorie etniche, etnia bianca e nera. Il campione finale è costituito da 147 donne.
<b>Setting</b>	Sanitario / Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore; Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Determinare se la partecipazione a Healthy Babies Healthy Start (HBHS), un programma sulla salute materna, che pone l'accento sull'equità tra le etnie e che somministra i suoi servizi con un case management di visite domiciliari, è associata con migliori esiti alla nascita per donne di etnia nera in confronto a donne di etnia bianca.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Le partecipanti al programma HBHS, ricevono a domicilio ogni mese un contatto con icase managers – personale paraprofessionale proveniente dalla comunità che si unisce al team che offre le cure prenatali -, una valutazione biopsicosociale, sono, in caso di necessità, rinviati ai servizi della comunità, ricevono azioni di counseling ed educative su questioni di salute materna e infantile. I Case managers sviluppano piani di cura adeguati alle esigenze individuali, in accordo con le partecipanti. Il campione stratificato per etnia bianca e nera riceve il programma HBHS ed un corrispondente campione stratificato per etnia, le consuete cure prenatali.
<b>Outcome</b>	Esiti neonatali: peso alla nascita, età gestazionale
<b>Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame</b>	Etnia
<b>Risultati</b>	Nonostante dei tassi di fumo doppi rispetto ai loro omologhi, le partecipanti di etnia nera al programma HBHS hanno partorito neonati di peso superiore rispetto alle non partecipanti di etnia nera. Le partecipanti al programma di etnia bianca ricevevano più cure prenatali che le non partecipanti di etnia bianca, ma riportano gli stessi esiti neonatali.

---

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

La partecipazione al programma HBHS è associato con maggiore peso alla nascita tra donne di etnia nera, ma non tra donne di etnia bianca.

---

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

I risultati suggeriscono che il programma di visite domiciliari che adotta un approccio di case management può contribuire a ridurre le disparità etniche, in alcuni esiti neonatali (basso peso alla nascita) e in ultima analisi può ridurre la mortalità infantile tra etnia nera e bianca.

---

**Note**

---

### 13. Lee, 2009

<b>Titolo</b>	<b>Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	donne anche in età adolescente, incinte (età gestazionale $\leq$ 30 settimane) a rischio di esiti natali scarsi in quanto giovani, non sposate (oltre il 90%), fumatrici, affidate a servizi di welfare, di varia etnia (oltre la metà sono africane, un quarto sono ispaniche).
<b>Numerosità del campione</b>	501 mamme che hanno partorito un solo bambino reclutate ad un'età gestazionale $\leq$ 30 settimane e che disponevano di dati sul peso alla nascita del loro bambino: 236 sono state assegnate al gruppo di intervento e 265 al gruppo di controllo.
<b>Setting</b>	Sanitario / comunità - organizzazioni di servizi prenatali e perinatali della comunità; ospedale del territorio; centri per la salute della famiglia
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore; salute e sicurezza del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>Le visite domiciliari secondo il programma Healthy Families New York - <a href="http://www.healthyfamiliesnewyork.org/">http://www.healthyfamiliesnewyork.org/</a> - che implementa il modello di visite domiciliari Healthy Families America - <a href="http://www.healthyfamiliesamerica.org/">http://www.healthyfamiliesamerica.org/</a> - iniziano in fase prenatale: ogni mamma in attesa riceve visite bisettimanali il cui obiettivo è fornire assistenza tramite azioni di supporto sociale, educazione prenatale orientata alla promozione di comportamenti salutari, contatto con altri servizi medici e della comunità. Le visite domiciliari sono adattate ai bisogni individuali.</p> <p>Il personale assegnato ad ogni futura mamma appartiene alla comunità, condivide la lingua e il contesto culturale dei partecipanti al programma, ha esperienza di lavoro con neonati e bambini piccoli, un certo livello di istruzione ma nessun titolo professionale o di educatore. Riceve opportuno addestramento con momenti settimanali di supervisione.</p>
<b>Outcome</b>	<p>Primario: basso peso alla nascita (<math>\leq</math> 2500 gr), calcolato in base al peso registrato sul certificato di nascita.</p> <p>Secondario: associazione tra basso peso alla nascita e nascita prematura &lt; 37 settimane di età gestazionale.</p>
<b>Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame</b>	etnia, occupazione, livello di istruzione e fattori PLUS (età, single, fumo in gravidanza)

**Risultati**

Dal 2000 al 2002 vengono realizzate interviste al baseline e al momento della nascita mentre i certificati di nascita vengono raccolti nel 2007. Le analisi sono effettuate dal 2007 al 2008.

Basso peso alla nascita  $\leq 2500$  gr: le mamme del gruppo di intervento hanno minore probabilità di partorire un bambino di basso peso rispetto alle madri del gruppo di controllo e il dato è statisticamente significativo (5,1 % vs 9.8%, rispettivamente). Gli effetti rimangono anche dopo avere considerato le covariate (etnia, età inferiore a 18 anni, sposata o no, riceve supporti economici e aiuti, fuma in gravidanza, mamma per la prima volta, non è alla prima gravidanza). Più l'intervento è tempestivo meglio è: il rischio di basso peso alla nascita infatti si riduce ulteriormente per mamme che ricevono l'intervento ad un'età gestazionale di 24 settimane o ad un'età gestazionale di 16 settimane, perché aumenta il numero di visite domiciliari - l'intensità - a cui il gruppo di intervento si espone (da 6 a 9 mensili).

Associazione tra basso peso alla nascita e nascita prematura: non c'è significativa differenza tra i 2 gruppi. Tuttavia una significativa relazione esiste tra basso peso alla nascita e nati prematuri: infatti nascono prematuri 60.5% di neonati con basso peso alla nascita vs 8.9% di neonati di peso normale.

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L'intervento è indirizzato a popolazioni vulnerabili

**Note**

Lo studio suggerisce che visite domiciliari prenatali secondo il programma Healthy Families New York sono associate con una riduzione di nascite di bimbi sottopeso. In passato gli studi hanno dimostrato che l'accesso ai servizi e il case management coordinato, indirizzati a madri adolescenti e a basso reddito migliorano gli esiti della nascita. Inoltre il tasso di basso peso alla nascita nelle donne nere è associato con aspetti dell'ambiente sociale suscettibile di cambiamento, inclusi supporto sociale e caratteristiche del quartiere. Lo studio perciò conferma l'importanza di programmi di prevenzione prenatali indirizzati a popolazioni vulnerabili, che garantiscono servizi migliori e molteplici.

## 14. McFarlane, 2016

<b>Titolo</b>	<b>Outcomes of A Randomized Trial of a Cognitive Behavioral Enhancement to Address Maternal Distress in Home Visited Mothers</b>
<b>Paese</b>	Usa
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Madri con caratteristiche demografiche e psicosociali associate a scarsa capacità genitoriale, come ad esempio povertà, inesperienza, educazione limitata, violenza da parte del partner e salute mentale precaria.
<b>Numerosità del campione</b>	95 madri
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi a supporto della genitorialità</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale di gruppo della durata di 6 settimane per affrontare lo stress e prevenire la depressione in madri a basso reddito di bambini piccoli.
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>Attraverso una partnership tra il Dipartimento della Salute delle Hawaii, l'Università Johns Hopkins e tre servizi di visite domiciliari presenti sul territorio, è stata dapprima condotta una revisione della letteratura al fine di identificare gli interventi evidence-based tesi ad affrontare lo stress e la depressione materna. È stato selezionato il Mothers and Babies Course (MB), un intervento cognitivo-comportamentale di gruppo sviluppato per popolazioni a basso reddito e minoranze che presentano fattori di stress multipli. L'intervento, che integra comprovate tecniche cognitive-comportamentali per la gestione dello stress e la riduzione dei sintomi psicosociali, è stato realizzato su un gruppo di intervento in concomitanza con i servizi di visite domiciliari da parte di specialisti clinici addestrati. Il gruppo di controllo ha ricevuto le visite domiciliari ma non l'intervento MB.</p> <p>Le madri che hanno preso parte allo studio hanno seguito 6 sessioni di intervento a cadenza settimanale di 2 ore ciascuna, in un gruppo guidato da uno specialista clinico di ciascun servizio di visite domiciliari. Le sessioni di gruppo si sono svolte presso gli uffici del servizio di visite domiciliari. Durante le visite domiciliari, alle madri del gruppo di intervento sono stati forniti rinforzi settimanali rispetto agli argomenti chiave da parte degli operatori del servizio addestrati sul corso. Il corso è stato suddiviso in tre moduli (2 sessioni ciascuno): attività piacevoli, pensieri e contatto con gli altri.</p>

<b>Outcome</b>	Le misure di outcome primarie includono diversi strumenti di valutazione di strategie di coping, stress e depressione in tre momenti differenti: alla baseline, al termine dell'intervento e a 6 mesi di distanza dalla conclusione dell'intervento. In particolare, sono stati utilizzati: Beck Depression Inventory II (BDI-II), Ways of Coping (WOC), Life Experience Survey (LES), Perceived Stress Scale (PSS). È stata analizzata anche la qualità dell'interazione madre-figlio attraverso Keys of Interactive Parenting Scale (KIPS).
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico, etnia, livello di istruzione
<b>Risultati</b>	L'intervento si è rivelato efficace a breve termine nell'incrementare le strategie di coping e nel ridurre lo stress e la depressione nelle madri. A 6 mesi di distanza l'intervento perde di efficacia. A lungo termine si notano però risposte più sensibili e maggiore coinvolgimento delle madri verso i propri figli. L'impatto dell'intervento varia inoltre a seconda del livello di stress presentato dalle madri alla baseline: madri con livelli di stress più contenuti hanno tratto maggior beneficio dall'intervento rispetto a madri che presentavano alti livelli di stress.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
<b>Note</b>	È efficace a breve termine ma l'attenuazione dell'impatto psicosociale dell'intervento a 6 mesi dalla sua conclusione e le differenze nei risultati a seconda del livello di stress presentato alla baseline evidenziano la necessità di investimenti e collaborazioni continui tra i programmi di visite domiciliari, le reti e i ricercatori per avanzare nel campo

## 15. McLachlan, 2016

<b>Titolo</b>	<b>Supporting breastfeeding in local communities (SILC) in Victoria, Australia: A cluster randomised controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	Australia
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato a cluster, in tre bracci
<b>Popolazione considerata</b>	Donne a rischio cessazione allattamento al seno residenti in 10 comuni dell'area di Victoria, che presentano bassi tassi di allattamento al seno
<b>Numerosità del campione</b>	Le aree comunali dell'area di Victoria con tassi di allattamento al seno sotto la media dello stato e >450 nascite / anno sono eleggibili per l'inclusione. Ogni area comunale è l'unità di randomizzazione e i centri di salute materno-infantile dell'area sono compresi nel cluster.
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione, allattamento e prevenzione dell'obesità infantile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Lo studio Supporting breastfeeding In Local Communities (SILC) trial valuta se un precoce supporto per l'allattamento al seno, offerto a domicilio a donne a rischio di cessazione, aumenterebbe il mantenimento dell'allattamento al seno in comuni australiani con bassi tassi di allattamento al seno.
<b>Intervento/attività prevista</b>	L'intervento intende agire durante il primo periodo postnatale implementando, a livello di comunità, da parte di infermiere esperte di salute materno-infantile, due interventi di supporto domiciliare per donne a rischio di cessare precocemente l'allattamento al seno. I comuni oggetto dell'intervento erano randomizzati in 3 bracci (ogni braccio è costituito in media da 500 donne): un braccio di confronto (che riceveva le cure standard) e due bracci di intervento - supporto all'allattamento precoce a domicilio e accesso a un centro della comunità predisposto per supportare l'allattamento + supporto all'allattamento precoce a domicilio.
<b>Outcome</b>	Rapporto di bambini allattati al seno a 3, 4 e 6 mesi (autoriferito dalle madri)
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, status socio-economico

---

**Risultati**

4 comuni sono assegnati al braccio di confronto e ricevono le cure standard (n=41 clusters; n=2414 donne); 3 comuni al primo braccio di intervento e ricevono le VD (n=32 clusters; n=2281 donne); 3 comuni al secondo braccio di intervento e ricevono le VD + accesso a centro della comunità (n=26 clusters; 2344 donne).

Non si riscontrano differenze nell'allattamento al seno nei due bracci di intervento rispetto al braccio di confronto a 4 mesi; non si riscontrano differenze a 3 o 6 mesi. Complessivamente, per problemi di implementazione e adesione all'intervento – un numero molto inferiore di donne rispetto a quanto fosse previsto ha ricevuto l'intervento a domicilio di supporto all'allattamento – lo studio SILC riscontra che un supporto extra per favorire l'allattamento al seno, rispetto all'ordinario, non aumenta la percentuale di donne che a 4 mesi di età del neonato allattano al seno.

---

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

---

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.

---

**Note**

Gli interventi per aumentare l'allattamento al seno nel contesto di comunità complesse, richiede tempo e costruzione di alleanze, per un'implementazione di successo. Per cui, considerando il basso livello di adesione al protocollo dello studio, non è possibile concludere che un supporto extra a livello di comunità sia inefficace per migliorare i livelli di allattamento al seno.

## 16. Medjoubi, 2014

<b>Titolo</b>	<b>Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: a randomized controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	Olanda
<b>Disegno dello studio</b>	Trial clinico con gruppo di controllo
<b>Popolazione considerata</b>	Giovani fumatrici in gravidanza, di basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	460 donne in gravidanza (237 nel gruppo di intervento e 223 nel gruppo di controllo)
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori; Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore; Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare se il programma VoorZorg rispetto alle cure consuete è efficace a ridurre il fumo di sigarette tra giovani donne incinte ad alto rischio. Inoltre vengono anche descritti gli effetti del programma sugli esiti della gravidanza e sull'allattamento al seno.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Le donne del gruppo di intervento hanno ricevuto, oltre alle cure consuete 10 visite domiciliari durante la gravidanza, 20 nel corso del primo anno di vita del bambino e 20 nel corso del secondo anno, da parte di infermiere specializzate e opportunamente addestrate. Nel periodo in cui sono stati raccolti i dati per lo studio (dalla gravidanza a sei mesi dopo il parto), le donne hanno ricevuto circa 20 visite a domicilio.
<b>Outcome</b>	Numero di sigarette fumate; peso alla nascita; numero di mesi di allattamento al seno.
<b>Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame</b>	Status socio economico, livello di istruzione

---

**Risultati**

La percentuale delle fumatrici è significativamente più bassa nel gruppo di intervento (40%) rispetto al gruppo di controllo (48%) durante la gravidanza e a due mesi dopo il parto (49% vs 62%).

In gravidanza il numero di sigarette fumate ogni giorno si riduce in entrambi i gruppi. Dopo la nascita il gruppo di intervento fumava 50% di sigarette in meno rispetto al gruppo di controllo. Inoltre le donne nel gruppo di intervento non fumano vicino al neonato.

Peso alla nascita ed età gestazionale sono simili in entrambi i gruppi.

Significativamente più donne del gruppo di intervento allattavano al seno i loro bambini sei mesi dopo la nascita.

In sintesi si dimostra una significativa diminuzione nel numero di sigarette fumate e un aumento nel numero di mesi di allattamento al seno, nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo.

---

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

---

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.

---

**Note**

---

## 17. Moss, 2011

<b>Titolo</b>	<b>Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial</b>
<b>Paese</b>	Canada
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Diadi Genitore maltrattante e figlio
<b>Numerosità del campione</b>	67 (35 nel gruppo di intervento e 32 nel gruppo di controllo)
<b>Setting</b>	Comunità - Servizi assistenziali o di comunità per l'infanzia
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Violenza domestica; sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	
<b>Intervento/attività prevista</b>	Sessantasette caregiver primari e i loro figli (1-5 anni) sono stati assegnati in modo casuale al gruppo di intervento o al gruppo di controllo. Il gruppo di intervento ha ricevuto 8 visite settimanali a domicilio dirette alla diade caregiver -figlio e si è concentrato sul miglioramento della sensibilità del caregiver. Le sessioni di intervento includevano brevi discussioni sull'attaccamento e un video sull'interazione genitore-figlio.
<b>Outcome</b>	Cambiamento del rischio di maltrattamento verso i bambini
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio economico e altri fattori PLUS.
<b>Risultati</b>	Il confronto dei punteggi pre e post-test ha rivelato miglioramenti significativi per il gruppo di intervento nella sensibilità dei genitori e nell'attaccamento sicuro del bambino, e una riduzione della disorganizzazione.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati, secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
<b>Note</b>	L'intervento a breve termine si è dimostrato efficace nel migliorare la sensibilità dei genitori e la sicurezza del bambino, riducendo la disorganizzazione nella gestione dei bambini nel periodo della prima infanzia.

## 18. Negrão, 2014

<b>Titolo</b>	<b>Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial.</b>
<b>Paese</b>	Portogallo
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Famiglie portoghesi di basso reddito con figli di età compresa tra 1 e 4 anni.
<b>Numerosità del campione</b>	55 famiglie inizialmente assegnate al gruppo di intervento o di controllo. L'analisi viene condotta solo su 43 famiglie e l'osservazione delle interazioni sulle diadi mamma-bambino
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Efficacia di un programma fondato sull'attaccamento – Video feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) – rispetto ad una positiva interazione genitori figli e a positive relazioni familiari, in un campione di famiglie povere con bambini da 0 a 4 anni di età.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Il programma evidence based VIPP-SD è stato applicato in passato a famiglie considerate a rischio, ma mai ad un contesto di povertà. Si affida alla tecnica video feedback – registrare quanto accade e poi commentare e fornire feedback – per migliorare la sollecitudine dei genitori e fornire strategie di educazione e disciplina positive. Viene implementato attraverso sei visite domiciliari rivolte alle diadi madre-figlio. Un protocollo standardizzato definisce, per ogni visita, contenuti, temi, esercizi destinati a mamma e bambino. In fase di pre test, prima dell'intervento e di post test, un mese dopo l'intervento, le interazioni mamma-bimbo sono osservate a casa e le madri riferiscono in merito al contesto e al funzionamento familiare. Il gruppo di controllo riceve solo 6 telefonate, su temi inerenti lo sviluppo infantile.

<p><b>Outcome</b></p>	<p><b>Interazione mamma – bambino</b></p> <p>Il comportamento materno e del bambino verso la mamma sono valutati a casa tramite una sessione di gioco spontaneo e un compito di problem solving. Le interazioni sono codificate secondo strumenti validati (Emotional Availability Scales).</p> <p>Per la mamma si prendono in esame: sensibilità, capacità di strutturare e organizzare l'ambiente del bambino, non invadenza degli spazi del bambino, assenza di comportamenti ostili, di aggressività e minaccia verso il bambino.</p> <p>Per il bambino si prendono in esame: miglioramento della responsività e delle capacità di adattamento e coinvolgimento.</p> <p><b>Relazioni familiari</b></p> <p>Misurate da strumenti validati che prendono in esame i seguenti aspetti: coesione – supporto e coinvolgimento percepito dai membri della famiglia -, espressività – fino a che punto la famiglia incoraggia ad esprimere le proprie emozioni e sentimenti -, conflitto.</p>
<p><b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b></p>	<p>Status socio economico</p>
<p><b>Risultati</b></p>	<p>Il programma VIPP-SD risulta efficace nel migliorare la qualità dell'interazione mamma bambino. In particolare significativi miglioramenti si riscontrano nella non invadenza materna, responsività e coinvolgimento del bambino. Anche le relazioni familiari migliorano nel gruppo di intervento dopo la conclusione del programma. In sintesi si dimostrano differenze significative prima-dopo, rispetto al gruppo di controllo, per molti degli indicatori considerati.</p>
<p><b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b></p>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
<p><b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b></p>	<p>Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.</p>
<p><b>Note</b></p>	<p>È descritto che i figli di famiglie a basso reddito sono più esposti al rischio di manifestare comportamenti che mettono in pericolo la salute fisica e psichica. La possibilità di intervenire precocemente modificando positivamente le dinamiche familiari può consentire la riduzione di questi comportamenti e migliorare lo stato di salute nel tempo.</p>

## 19. Pugh, 2010

<b>Titolo</b>	<b>A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Madri a basso reddito che vivono in città
<b>Numerosità del campione</b>	N=328 (168 nel gruppo di intervento e 160 nel gruppo di controllo)
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare se la presenza di un team di supporto per l'allattamento al seno aumenti i tassi di allattamento a 6, 12, e 24 settimane dopo il parto, tra le madri a basso reddito che vivono in città.
<b>Intervento/attività prevista</b>	L'intervento di 24 settimane includeva visite in ospedale da parte di un team di supporto, visite a domicilio, assistenza telefonica, e attraverso un cercapersone 24 ore. Il gruppo di controllo riceveva cure standard. Le misure di esito sono state valutate mediante self-report a 6, 12, e 24 settimane dopo il parto.
<b>Outcome</b>	Favorire l'allattamento al seno in donne a basso reddito
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico
<b>Risultati</b>	<p>Non ci sono state differenze nelle caratteristiche socio-demografiche tra i gruppi: l'87% erano afroamericane, l'80% single, e il 51% primipare. Rispetto al gruppo di controllo, le donne del gruppo di intervento hanno riferito l'allattamento al seno a 6 settimane dopo il parto nella percentuale del 66,7% vs 56,9%. La differenza nei tassi a 12 settimane dopo il parto, 49,4% vs 40,6%, e a 24 settimane dopo il parto, 29,2% vs 28,1%, sono dati non statisticamente significativi.</p> <p>Il gruppo di intervento aveva più probabilità di allattare al seno a 6 settimane dopo il parto rispetto al gruppo di controllo, un tempo che ha coinciso con la parte più intensa dell'intervento.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

---

**L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L'intervento si indirizza a donne che vivono una condizione di svantaggio

---

**Note**

---

## 20. Surkan, 2012

<b>Titolo</b>	<b>Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Donne nel postparto a basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	679
<b>Setting</b>	Comunità. Le donne sono state reclutate attraverso programmi WIC e centri per la salute in due aree metropolitane in uno stato nel nord-est degli Stati Uniti
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Dato che la mancanza di dieta, di attività fisica, e di sostegno sociale sono associati spesso con la depressione, si è voluto esaminare l'efficacia di un intervento di promozione della salute disegnato per modificare queste cause nelle donne postparto a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Lo studio ha utilizzato un disegno randomizzato controllato per esaminare l'effetto del programma Just for You (JFY), un intervento educativo per promuovere stili di vita sani attraverso visite a domicilio da parte di personale para professionale sulle donne nel periodo postparto. Utilizzando l'analisi intention-to-treat, gli autori hanno misurato sintomi depressivi attraverso il Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) tra le 403 donne (59%) del gruppo di intervento e hanno completato il follow-up a una media di 15 mesi dalla nascita del bambino.
<b>Outcome</b>	Riduzione dei sintomi depressivi nelle donne dopo il parto
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia e status socioeconomico
<b>Risultati</b>	Le caratteristiche di base tra gruppo di controllo e di intervento erano in gran parte simili. La durata media del follow-up è stata di 13,3 mesi. Le partecipanti in media avevano 26 anni con bambini di età compresa fra 1 e 8 mesi al momento dell'arruolamento. Tre quarti erano di origine latinoamericana; oltre la metà del campione era nato fuori dagli Stati Uniti. Due terzi hanno riportato che la loro prima lingua era lo spagnolo. Circa un quinto delle donne erano fumatrici abituali e oltre la metà allattavano al momento dell'indagine. Ventinove per cento nel gruppo di controllo rispetto al 41% nel gruppo di intervento riferiva uno stato di salute eccellente o molto buona. L'intervento ha determinato una riduzione modesta ma statisticamente significativa dei sintomi depressivi tra le madri a basso reddito a 15 mesi dopo il parto

---

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”, dal momento in cui la condizione d’interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

---

**L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?**

Approccio target. L’intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.

---

**Note**

Un intervento di promozione della salute erogato attraverso visite a domicilio e chiamate telefoniche è in grado di ridurre i sintomi depressivi a 15 mesi dopo il parto tra le donne a basso reddito, e di etnie diverse

---

## 21. Tereno, 2017

<b>Titolo</b>	<b>Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization</b>
<b>Paese</b>	Francia
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Giovani madri ad alto rischio psicosociale
<b>Numerosità del campione</b>	117 donne
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sostegno alla genitorialità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	<p>Gli obiettivi primari di questo studio riguardavano il tentativo di colmare le lacune presenti in letteratura circa la disorganizzazione del comportamento del bambino, valutando se l'intervento proposto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>riducesse la disorganizzazione;</li> <li>riducesse la comunicazione materna interrotta;</li> <li>se riduzioni nella comunicazione materna interrotta avessero delle ricadute sulla disorganizzazione infantile.</li> </ul>
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>Le partecipanti sono state reclutate presso 10 ospedali pubblici nell'area di Parigi da dicembre 2006 a marzo 2009. Nella scelta del campione sono stati adottati i seguenti criteri di inclusione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>età inferiore a 26 anni;</li> <li>primipare sotto la 27esima settimana di gravidanza;</li> <li>conoscenza fluente della lingua francese;</li> <li>residenti nell'area di intervento (Parigi e la sua periferia interna);</li> <li>presenza di uno o più dei seguenti fattori di rischio psicosociale: meno di 12 anni di istruzione, reddito sufficientemente basso da qualificarsi per l'assicurazione sanitaria francese e con l'intenzione di tenere il bambino senza il coinvolgimento o il sostegno del padre.</li> </ul> <p>Le donne che erano già attivamente coinvolte in un trattamento prolungato per la salute mentale (ad esempio, dipendenze) o per disturbi fisici sono state escluse dallo studio.</p> <p>Dopo aver completato lo screening e le procedure di consenso informato, le partecipanti sono state assegnate in modo casuale al gruppo di intervento (CAPEDP-A) o al solito gruppo di cura utilizzando una sequenza di randomizzazione generata dal computer. Tutte le partecipanti si sono impegnate in una serie programmata di visite di valutazione che si sono verificate ai 3, 6, 12, 18 e 24 mesi di età del bambino.</p>

	Quando i bambini hanno raggiunto l'anno di età, le madri che avevano accettato di partecipare allo studio CAPEDP-A hanno partecipato a una procedura di valutazione di 2 ore focalizzata sull'attaccamento (Strange Situation).
<b>Outcome</b>	Stile di attaccamento e comunicazione materna
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio-economico, livello di istruzione e altri fattori PLUS
<b>Risultati</b>	I risultati hanno indicato che, rispetto al gruppo di controllo (n = 52), sia la disorganizzazione infantile sia la comunicazione materna interrotta erano significativamente ridotte nel gruppo di intervento (n = 65), il quale ha ricevuto visite domiciliari regolari sia durante la gravidanza che nel corso del primo anno di vita del bambino. Inoltre, le riduzioni della comunicazione materna interrotta hanno parzialmente giustificato le riduzioni osservate nella disorganizzazione infantile rispetto ai controlli randomizzati.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Riduce gli esiti delle disuguaglianze in termini di salute, ma non riduce le disuguaglianze .
<b>Note</b>	Le spese iniziali dei programmi di prevenzione e di intervento per le famiglie ad alto rischio hanno dimostrato essere un ottimo investimento poiché il grado di recupero di tali costi aumenta in maniera progressiva nell'età adulta a causa della riduzione delle spese tramite visite al pronto soccorso, necessità di protezione dei minori, educazione speciale e uso dei servizi sociali. Pertanto, ci sono benefici sostanziali per l'individuo e la società nell'investire in famiglie ad alto rischio, come è stato fatto con il progetto CAPEDP.

## 22. Thomson, 2016

<b>Titolo</b>	<b>Gestational Weight Gain: Results from the Delta Healthy Sprouts Comparative Impact Trial</b>
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Prova comparativa dell'impatto
<b>Popolazione considerata</b>	Donne incinte afro-americane ad alto rischio, principalmente con basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	82 donne
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori / futuri genitori
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari (VD)</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Lo studio Delta Healthy Sprouts è stato progettato per testare l'impatto comparativo di due programmi di visite domiciliari sullo stato di peso, sull'assunzione di cibo e sui comportamenti salutari di donne afro-americane ad alto rischio e dei loro bambini.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Le partecipanti, arruolate all'inizio del secondo trimestre di gravidanza, sono state assegnate in modo casuale a uno dei due gruppi di trattamento, rispettivamente 39 al gruppo di intervento e 43 al gruppo di controllo. L'aumento di peso gestazionale, misurato attraverso sei visite domiciliari mensili, è stato calcolato sottraendo il peso misurato ad ogni visita dal peso pre-gravidanza autoriferito. L'aumento di peso è stato classificato come inferiore, nei limiti o superiore rispetto alle indicazioni dell'Istituto di Medicina basate sull'indice di massa corporea raccomandato nel pre-gravidanza. Sono stati usati test e modelli misti lineari generalizzati per verificare differenze significative nelle percentuali delle partecipanti entro i range di aumento di peso raccomandati.
<b>Outcome</b>	Aumento di peso gestazionale
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio economico, etnia, livello di istruzione
<b>Risultati</b>	Le differenze nelle percentuali delle partecipanti all'interno delle linee guida per l'aumento di peso gestazionale non erano significative tra i gruppi di trattamento
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
<b>Note</b>	

## 23. Watt, 2009

<b>Titolo</b>	<b>Effectiveness of a social support intervention on infant feeding practices: randomised controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	UK
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne che appartengono a classi professionali con qualifica medio-bassa, mamme di neonati nati almeno alla 37° settimana, con un peso oltre i 2500 gr. Le donne devono essere in grado di comprendere l'inglese scritto e parlato.
<b>Numerosità del campione</b>	312 donne, 28% single, 57% vivono in case popolari 33% ricevono un sussidio di disoccupazione. Le donne del gruppo di intervento e di controllo sono simili per caratteristiche socio demografiche, variabili sull'alimentazione del neonato e i nutrienti.
<b>Setting</b>	Sanitario. Luoghi dove sono in vigore programmi Sure Start (iniziative nazionali di social welfare per famiglie svantaggiate con figli <a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Sure_Start">https://en.wikipedia.org/wiki/Sure_Start</a> )
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione allattamento e prevenzione dell'obesità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Accertare se visite domiciliari mensili da parte di volontari opportunamente addestrati possano migliorare le pratiche di alimentazione del bambino e, in particolare a 12 mesi di età, aumentare l'apporto giornaliero di vitamina C per il consumo di frutta, in un campione disagiato a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Programma di visite domiciliari mensili offerte a un gruppo di 27 mamme volontarie, appartenenti alla comunità, per nove mesi, dai 3 mesi fino ad un anno del bimbo. Riguardo ai contenuti viene garantito un supporto pratico e non giudicante sull'alimentazione del neonato, sui tempi dello svezzamento, sulla scelta di cibi e bevande, sottolineando l'importanza del consumo di frutta e verdura. Ogni donna del gruppo di intervento riceve in media 5 visite domiciliari volontarie. Complessivamente il tasso di risposte ai 2 follow up (12 mesi e 18 mesi di età del bambino) è 77% e 68%. Le donne del gruppo di controllo invece ricevono solo il supporto standard dagli health visitors e del medico pediatra.
<b>Outcome</b>	Primario: Apporto di vitamina C derivante dal consumo di frutta; Secondario: micro e macronutrienti selezionati; lunghezza e peso del bambino. Inoltre sono anche valutati il consumo materno di frutta e verdura, le conoscenze nutrizionali materne e il grado di fiducia. I dati sono raccolti alla baseline, quando i neonati hanno circa 10 settimane e nel corso di due follow up a 12 e 18 mesi di età dei bambini.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, etnia, livello di istruzione, status socio economico

<b>Risultati</b>	<p>Le donne che completano lo studio sono 212, corrispondente al 68% del campione iniziale.</p> <p>Apporto di vitamina C derivante dal consumo di frutta (è stato usato un metodo sistematico e dettagliato per valutare l'apporto nutrizionale): nessuna differenza significativa tra il gruppo di intervento e di controllo, ad entrambi i follow up con una differenza media stimata di -1.4 mg / -1,5 mg;</p> <p>apporto di altri nutrienti: nessuna differenza significativa tra il gruppo di intervento e di controllo, ad entrambi i follow-up;</p> <p>peso e altezza nessuna differenza significativa tra i bambini dei 2 gruppi, ad entrambi i follow-up;</p> <p>durata dell'allattamento al seno esclusivo e tempi di introduzione di cibi solidi: nessuna differenza significativa tra i 2 gruppi nella</p> <p>Tuttavia ci sono differenze significative riguardo a certe abitudini e pratiche alimentari: al primo follow-up i bambini del gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo hanno meno probabilità di consumare latte di capra o di soia e hanno più probabilità di mangiare 3 cibi solidi al giorno. Al secondo follow-up i bambini del gruppo di intervento hanno minore probabilità di usare ancora il biberon. Infine ad entrambi i follow-up i bambini del gruppo di intervento consumano più tipi di frutta e verdura e le percentuali sono significative.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	<p>Approccio target. Questo intervento di supporto sociale è indirizzato a madri di bassa estrazione sociale.</p>
<b>Note</b>	<p>L'intervento non aumenta l'apporto di vitamina C nei bambini di 12 e 18 mesi di età, né il consumo di altri nutrienti.</p> <p>L'intervento tuttavia consegue effetti significativi su altre importanti abitudini e pratiche alimentari, in particolare aumenta il consumo di frutta e verdura.</p>

## 24. Wen, 2012

<b>Titolo</b>	<b>Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial.</b>
<b>Paese</b>	Sidney, Australia
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato e controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne per la prima volta madri con il figlio
<b>Numerosità del campione</b>	667 madri con il loro primo figlio
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Efficacia interventi di un intervento precoce di visite domiciliari per prevenire l'obesità infantile
<b>Intervento/attività prevista</b>	Interventi domiciliari realizzati da infermieri di comunità specificamente formati, uno prima della nascita e altri 7 a 1, 3, 5,9, 12,18 e 24 mesi dopo la nascita
<b>Outcome</b>	BMI dei bambini
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico
<b>Risultati</b>	L'intervento è stato efficace nella riduzione del valore medio di BMI per i bambini fino a 2 anni.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto madri appartenenti a gruppi svantaggiati secondo criteri socio- economici
<b>Note</b>	

# ALLEGATO A

## Strategia di ricerca

("Infant"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh] OR Child [Title/Abstract] OR Children [Title/Abstract] OR Childhood [Title/Abstract] OR infant [Title/Abstract] OR infants [Title/Abstract] OR infanthood [Title/Abstract] OR early childhood [Title/Abstract] OR prenatal [Title/Abstract])

## AND

("Health Policy"[Mesh:NoExp] OR "Early Intervention (Education)"[Mesh] OR "Parenting"[Mesh] OR "Preconception Care"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Prenatal Education"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh:NoExp] OR "House Calls"[Mesh] OR "Maternal-Child Health Centers"[Mesh] OR "Maternal-Child Health Services"[Mesh] OR "Child Health Services" [Mesh:NoExp] OR "Community Health Planning"[Mesh] OR "Charities"[Mesh] OR "Child Day Care Centers"[Mesh] OR "Foster Home Care"[Mesh] OR "Financing, Government"[Mesh:NoExp] OR "Public Assistance"[Mesh:NoExp] OR "Food Assistance"[Mesh] OR "Tax Exemption"[Mesh] OR parenting [Title/Abstract] OR home visit\* [title/abstract] OR community health planning [Title/Abstract] OR "Postnatal care"[Title/Abstract] OR child day care centres [Title/Abstract] OR foster home care [Title/Abstract] OR food assistance [Title/Abstract] OR government financing [Title/Abstract] OR tax exemption [Title/Abstract] OR family support [Title/Abstract] OR child health centres [Title/Abstract])

## AND

("Psychosocial Deprivation"[Mesh] OR "Poverty"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh:NoExp] OR "Health Equity"[Mesh] OR "Global Health"[Mesh] OR "Social Determinants of Health"[Mesh] OR "disadvantage" [Title/Abstract] OR "disparities" [Title/Abstract] OR "disparity" [Title/Abstract] OR "equality" [Title/Abstract] OR "equity" [Title/Abstract] OR "gap" [Title/Abstract] OR "gaps" [Title/Abstract] OR "gradient" [Title/Abstract] OR "gradients" [Title/Abstract] OR "health determinants" [Title/Abstract] OR "health inequalities" [Title/Abstract] OR "inequalities" [Title/Abstract] OR "inequality" [Title/Abstract] OR "inequities" [Title/Abstract] OR "inequity" [Title/Abstract] OR "unequal" [Title/Abstract] OR "variation" [Title/Abstract])

## NOT

"Kazakhstan"[Mesh] NOT "Kyrgyzstan"[Mesh] NOT "Tajikistan"[Mesh] NOT "Turkmenistan"[Mesh] NOT "Uzbekistan"[Mesh] NOT "Russia"[Mesh] NOT "Borneo"[Mesh] NOT "Brunei"[Mesh] NOT "Cambodia"[Mesh] NOT "Indonesia"[Mesh] NOT "Laos"[Mesh] NOT "Malaysia"[Mesh] NOT "Mekong Valley"[Mesh] NOT "Myanmar"[Mesh] NOT "Philippines"[Mesh] NOT "Singapore"[Mesh] NOT "Thailand"[Mesh] NOT "Timor-Leste"[Mesh] NOT "Vietnam"[Mesh] NOT "Bangladesh"[Mesh] NOT "Bhutan"[Mesh] NOT "India"[Mesh] NOT "Middle East"[Mesh] NOT "Nepal"[Mesh] NOT "Pakistan"[Mesh] NOT "Sri Lanka"[Mesh] NOT "China"[Mesh] NOT "Japan"[Mesh] NOT "Korea"[Mesh] NOT "Mongolia"[Mesh] NOT "Taiwan"[Mesh] NOT Africa[Mesh] NOT "Cameroon"[Mesh] NOT "Central African Republic"[Mesh] NOT "Chad"[Mesh] NOT "Congo"[Mesh] NOT "Democratic Republic of the Congo"[Mesh] NOT "Equatorial Guinea"[Mesh] NOT "Gabon"[Mesh] NOT "Burundi"[Mesh] NOT "Djibouti"[Mesh] NOT "Eritrea"[Mesh] NOT "Ethiopia"[Mesh] NOT "Kenya"[Mesh] NOT "Rwanda"[Mesh] NOT "Somalia"[Mesh] NOT "South Sudan"[Mesh] NOT "Sudan"[Mesh] NOT "Tanzania"[Mesh] NOT "Uganda"[Mesh] NOT "Angola"[Mesh] NOT "Botswana"[Mesh] NOT "Lesotho"[Mesh] NOT "Malawi"[Mesh] NOT "Mozam-

bique"[Mesh] NOT "Namibia"[Mesh] NOT "South Africa"[Mesh] NOT "Swaziland"[Mesh] NOT "Zambia"[Mesh] NOT "Zimbabwe"[Mesh] NOT "Benin"[Mesh] NOT "Burkina Faso"[Mesh] NOT "Cape Verde"[Mesh] NOT "Cote d'Ivoire"[Mesh] NOT "Gambia"[Mesh] NOT "Ghana"[Mesh] NOT "Guinea"[Mesh] NOT "Guinea-Bissau"[Mesh] NOT "Liberia"[Mesh] NOT "Mali"[Mesh] NOT "Mauritania"[Mesh] NOT "Niger"[Mesh] NOT "Nigeria"[Mesh] NOT "Senegal"[Mesh] NOT "Sierra Leone"[Mesh] NOT "Togo"[Mesh] NOT "Cuba"[Mesh] NOT "Haiti"[Mesh] NOT "Jamaica"[Mesh] NOT "Puerto Rico"[Mesh] NOT "Belize"[Mesh] NOT "Costa Rica"[Mesh] NOT "El Salvador"[Mesh] NOT "Guatemala"[Mesh] NOT "Honduras"[Mesh] NOT "Nicaragua"[Mesh] NOT "Panama"[Mesh] NOT "Gulf of Mexico"[Mesh] NOT "Latin America"[Mesh] NOT "Mexico"[Mesh] NOT "Argentina"[Mesh] NOT "Bolivia"[Mesh] NOT "Chile"[Mesh] NOT "Colombia"[Mesh] NOT "Ecuador"[Mesh] NOT "French Guiana"[Mesh] NOT "Guyana"[Mesh] NOT "Paraguay"[Mesh] NOT "Peru"[Mesh] NOT "Suriname"[Mesh] NOT "Uruguay"[Mesh] NOT "Venezuela"[Mesh] NOT "Algeria"[Mesh] NOT "Egypt"[Mesh] NOT "Libya"[Mesh] NOT "Morocco"[Mesh] NOT "Tunisia"[Mesh] NOT "Afghanistan"[Mesh] NOT "Bahrain"[Mesh] NOT "Iran"[Mesh] NOT "Iraq"[Mesh] NOT "Israel"[Mesh] NOT "Jordan"[Mesh] NOT "Kuwait"[Mesh] NOT "Lebanon"[Mesh] NOT "Oman"[Mesh] NOT "Qatar"[Mesh] NOT "Saudi Arabia"[Mesh] NOT "Syria"[Mesh] NOT "Turkey"[Mesh] NOT "United Arab Emirates"[Mesh] NOT "Yemen"[Mesh] NOT "Kazakhstan"[Title/abstract] NOT "Kyrgyzstan"[Title/abstract] NOT "Tajikistan"[Title/abstract] NOT "Turkmenistan"[Title/abstract] NOT "Uzbekistan"[Title/abstract] NOT "Russia"[Title/abstract] NOT "Borneo"[Title/abstract] NOT "Brunei"[Title/abstract] NOT "Cambodia"[Title/abstract] NOT "Indonesia"[Title/abstract] NOT "Laos"[Title/abstract] NOT "Malaysia"[Title/abstract] NOT "Mekong Valley"[Title/abstract] NOT "Myanmar"[Title/abstract] NOT "Philippines"[Title/abstract] NOT "Singapore"[Title/abstract] NOT "Thailand"[Title/abstract] NOT "Timor-Leste"[Title/abstract] NOT "Vietnam"[Title/abstract] NOT "Bangladesh"[Title/abstract] NOT "Bhutan"[Title/abstract] NOT "India"[Title/abstract] NOT "Middle East"[Title/abstract] NOT "Nepal"[Title/abstract] NOT "Pakistan"[Title/abstract] NOT "Sri Lanka"[Title/abstract] NOT "China"[Title/abstract] NOT "Japan"[Title/abstract] NOT "Korea"[Title/abstract] NOT "Mongolia"[Title/abstract] NOT "Taiwan"[Title/abstract] NOT Africa[Title/abstract] NOT "Cameroon"[Title/abstract] NOT "Central African Republic"[Title/abstract] NOT "Chad"[Title/abstract] NOT "Congo"[Title/abstract] NOT "Democratic Republic of the Congo"[Title/abstract] NOT "Equatorial Guinea"[Title/abstract] NOT "Gabon"[Title/abstract] NOT "Burundi"[Title/abstract] NOT "Djibouti"[Title/abstract] NOT "Eritrea"[Title/abstract] NOT "Ethiopia"[Title/abstract] NOT "Kenya"[Title/abstract] NOT "Rwanda"[Title/abstract] NOT "Somalia"[Title/abstract] NOT "South Sudan"[Title/abstract] NOT "Sudan"[Title/abstract] NOT "Tanzania"[Title/abstract] NOT "Uganda"[Title/abstract] NOT "Angola"[Title/abstract] NOT "Botswana"[Title/abstract] NOT "Lesotho"[Title/abstract] NOT "Malawi"[Title/abstract] NOT "Mozambique"[Title/abstract] NOT "Namibia"[Title/abstract] NOT "South Africa"[Title/abstract] NOT "Swaziland"[Title/abstract] NOT "Zambia"[Title/abstract] NOT "Zimbabwe"[Title/abstract] NOT "Benin"[Title/abstract] NOT "Burkina Faso"[Title/abstract] NOT "Cape Verde"[Title/abstract] NOT "Cote d'Ivoire"[Title/abstract] NOT "Gambia"[Title/abstract] NOT "Ghana"[Title/abstract] NOT "Guinea"[Title/abstract] NOT "Guinea-Bissau"[Title/abstract] NOT "Liberia"[Title/abstract] NOT "Mali"[Title/abstract] NOT "Mauritania"[Title/abstract] NOT "Niger"[Title/abstract] NOT "Nigeria"[Title/abstract] NOT "Senegal"[Title/abstract] NOT "Sierra Leone"[Title/abstract] NOT "Togo"[Title/abstract] NOT "Cuba"[Title/abstract] NOT "Haiti"[Title/abstract] NOT "Jamaica"[Title/abstract] NOT "Puerto Rico"[Title/abstract] NOT "Belize"[Title/abstract] NOT "Costa Rica"[Title/abstract] NOT "El Salvador"[Title/abstract] NOT "Guatemala"[Title/abstract] NOT "Honduras"[Title/abstract] NOT "Nicaragua"[Title/abstract] NOT "Panama"[Title/abstract] NOT "Gulf of Mexico"[Title/abstract] NOT "Latin America"[Title/abstract] NOT "Mexico"[Title/abstract] NOT "Argentina"[Title/abstract] NOT "Bolivia"[Title/abstract] NOT "Chile"[Title/abstract] NOT "Colombia"[Title/abstract] NOT "Ecuador"[Title/abstract] NOT "French Guiana"[Title/abstract] NOT "Guyana"[Title/abstract] NOT "Paraguay"[Title/abstract] NOT "Peru"[Title/abstract] NOT "Suriname"[Title/abstract] NOT "Uruguay"[Title/abstract] NOT "Venezuela"[Title/abstract] NOT "Algeria"[Title/abstract] NOT "Egypt"[Title/abstract] NOT "Libya"[Title/abstract] NOT "Morocco"[Title/abstract] NOT "Tunisia"[Title/abstract] NOT "Afghanistan"[Title/abstract] NOT "Bahrain"[Title/

abstract] NOT "Iran"[Title/abstract] NOT "Iraq"[Title/abstract] NOT "Israel"[Title/abstract] NOT "Jordan"[Title/abstract] NOT "Kuwait"[Title/abstract] NOT "Lebanon"[Title/abstract] NOT "Oman"[Title/abstract] NOT "Qatar"[Title/abstract] NOT "Saudi Arabia"[Title/abstract] NOT "Syria"[Title/abstract] NOT "Turkey"[Title/abstract] NOT "United Arab Emirates"[Title/abstract] NOT "Yemen"[Title/abstract]

## Limiti

AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Comparative Study[ptyp] OR Clinical Study[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Evaluation Studies[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp] OR Observational Study[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb] OR Validation Studies[ptyp]) AND ("2007/11/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])



Questa raccolta si inserisce nell'insieme dei prodotti realizzati per la ricorrenza dei 20 anni di DoRS,  
il Centro di Documentazione per la Promozione della salute della Regione Piemonte