

Le visite domiciliari nel primo anno di vita possono ridurre l'accesso ai servizi sanitari. Risultati di un RCT

Kilburn M.R., Cannon J.S.

Home Visiting and Use of Infant Health Care: A Randomized Clinical Trial

Pediatrics. 2017;139(1). pii: e20161274

Metodo

Obiettivo (con tipo studio)

Trial clinico controllato randomizzato con l'obiettivo di verificare se un servizio universale di visite domiciliari, First Born Program (FBP), effettuato da un gruppo di professionisti sanitari e non, riduce l'uso di assistenza sanitaria per il bambino nel primo anno di vita.

Popolazione

244 primipare (unico criterio di inclusione) residenti nella contea di Santa Fe (New Mexico), nella quale opera un programma di home visiting (FBP).

Intervento

138 madri arruolate sono state inserite nell'FBP, un programma che mira a promuovere la salute e lo sviluppo dei bambini, e ad implementare le competenze genitoriali nelle seguenti aree: allattamento materno, sicurezza dell'ambiente domestico, sviluppo relazionale, modalità di accesso alle risorse della comunità. Si tratta di un progetto gratuito rivolto a tutta la popolazione ma, per carenza di risorse, offerto mediante estrazione casuale tra tutte le famiglie che lo richiedono, a 100 dei 600 nati annualmente nel distretto. Le famiglie vengono coinvolte in un periodo compreso tra la gravidanza ed i primi due mesi di vita del bambino, e vengono seguite per i primi tre anni di vita. Il progetto prevede 40 visite a cadenza settimanale durante il primo anno di vita ed un numero ridotto nel secondo e terzo anno. Prevede un sostegno ai genitori che si esplicita mediante delle visite domiciliari effettuate sia da operatori sanitari (infermieri o altre figure professionali) sia da operatori volontari non professionali, appositamente formati. La prima di queste figure effettua una visita domiciliare dopo il parto, fornendo le indicazioni mediche necessarie, e resta disponibile a seguire la famiglia in caso di problemi medici. La seconda figura è un volontario generalmente con un alto livello scolastico e con qualifica di formatore ottenuta all'interno del progetto con un percorso di almeno 120 ore di studio e di 80 ore di pratica, e si occupa delle componenti non mediche del sostegno ai genitori.

Controllo

106 famiglie alle quali non viene applicato il programma FBP.

Outcome/Esiti

Accesso in pronto soccorso, ricovero ospedaliero, ricorso al medico per incidenti, più di 9 accessi ai servizi di cure primarie nel primo anno di vita (8 è ritenuto un numero adeguato per i con-

trolli del primo anno). Dati raccolti mediante interviste ai genitori a 12 -15 mesi di età del bambino.

Tempo

Bambini nati dal 4 Giugno 2011 al 31 Ottobre 2013. L'ultima intervista è stata effettuata in Dicembre 2014.

Risultati principali

I bambini le cui famiglie sono state seguite dal FBP avevano un terzo di meno di probabilità di essere visitati in ospedale durante il loro primo anno di vita. (media gruppo controllo MC = 0.42, media del gruppo trattato MT = 0.28, $p=0.02$) ed una significativa minor probabilità di essere visitati più di 8 volte dal pediatra di cure primarie (MC=0.49, MT=0.29, $p<0.001$). Una piccola differenza, anche se non statisticamente significativa, si evidenzia anche nella possibilità di essere vittime di incidenti che richiedano cure mediche (rispettivamente 0.06 vs 0.09). Risultati analoghi si ottenevano analizzando solo le famiglie con maggior disagio socio economico partecipanti allo studio.

Conclusioni

Secondo gli autori questo studio dimostra l'efficacia del programma basato su interventi domiciliari da parte di personale formato anche se non professionale. Le analisi effettuate hanno permesso di dimostrare l'efficacia del progetto indipendentemente dalle famiglie che non lo hanno utilizzato integralmente.

Altri studi sull'argomento

Una revisione aggiornata delle prove di efficacia dei programmi di home visit a cura del Dipartimento della Salute USA dimostra una efficacia di 19 programmi con un rapporto costo/beneficio sostenibile da parte della comunità. Gli esiti primari analizzati sono: salute materna, funzione genitoriale, autosufficienza economica, risorse della comunità, salute del bambino, sviluppo del bambino, maltrattamento, criminalità; 10 programmi di home visit presentano prove di efficacia sugli esiti di salute nel bambino [1]. Una revisione Cochrane pubblicata nel 2013 (12 RCT, oltre 12.000 madri), che ha confrontato varie modalità di home visit (con pochi o molti accessi domiciliari, con diverse tipologie di servizi e operatori coinvolti), ha concluso che pur essendoci alcune evidenze che questi servizi possano ridurre l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle famiglie, non vi sono dimostrazioni a vantaggio o svantaggio della tipologia di servizi offerti [2]. Il modello di home visit probabilmente più conosciuto è il Nurse Family Partnership che ha dimostrato una efficacia nella riduzione del maltrattamento infantile. Questo programma prevede circa 30 visite domiciliari da parte di infermiere specia-

lizzate verso famiglie a rischio (la partecipazione è volontaria) fino al compimento dei 2 anni del bambino e ha un costo di circa 11.000 \$ per famiglia [3]. Un intervento di home visit da parte di infermiere specializzate su madri adolescenti a rischio ha evidenziato a 1 anno dalla nascita del bambino un minor numero di ospedalizzazioni e una migliore percentuale di immunizzazione vaccinale nel bambino; il gruppo di confronto partecipava a dei focus group [4]. Un programma di home visit neozelandese simile al Nurse Family Partnership, Early Start, ha dimostrato al follow-up a 36 mesi di vita del bambino un miglioramento nell'utilizzo dei servizi sanitari pediatrici da parte delle famiglie afferenti al programma (n. 220) rispetto a un gruppo di famiglie di controllo (n. 223) senza rilevare miglioramenti nello stato di salute dei bambini [5]. Un RCT pubblicato nel 2013 ha valutato un intervento basato su un ridotto numero di visite domiciliari in una popolazione universale (Durham Connects, da 3 e 7 visite effettuate tra la terza e la dodicesima settimana dopo la nascita da parte di infermiere, arruolamento di 449 famiglie in North Carolina) e ha dimostrato una riduzione del 50% delle visite effettuate in pronto soccorso nel primo anno di vita [6]. Il costo dell'intervento è di 700 \$ per famiglia. Un altro studio del 2013 dimostra che non vi sono differenze tra gruppo intervento (24 home visit da parte di una infermiera con uno specifico programma di sostegno verso la madre) e gruppo di controllo (8 home visit) in una popolazione di basso livello socioeconomico in riferimento alle condizioni di salute infantile. In particolare non ci sono state differenze su vaccinazioni, ricoveri e otiti così come nella diagnosi di malattie respiratorie infettive documentate da visite mediche [7]. Segnaliamo che l'argomento Home visit è già stato trattato in una Newsletter pediatrica del 2005: Interventi di carattere socio-sanitario in donne e bambini svantaggiati [8].

Che cosa aggiunge questo studio

Un programma di home visit che contempla anche la partecipazione di personale volontario purché addestrato può essere efficace in alcune misure di esito sulla salute infantile. Dei vari esiti socio sanitari che possono beneficiare di un intervento di home visiting, questo studio fornisce informazioni per quanta riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari per il bambino da parte dei genitori.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: tra i punti di debolezza dello studio si segnalano: la mancata definizione degli eventuali servizi offerti al gruppo di controllo; la non dichiarata cecità di chi ha condotto l'analisi; il mancato utilizzo dei dati amministrativi (accessi e ricoveri ospedalieri, accessi dal medico di cure primarie) per misurare gli esiti, basati solo sul ricordo anamnestico dei genitori (recall bias). Il 21% del gruppo di trattamento ha rifiutato

l'intervento. Gli esiti sono stati misurati usando l'ITT analysis e il contamination-adjusted intention-to-treat model (CA-ITT), un sistema per ridurre la sottostima dei risultati legata alla non aderenza dei soggetti al trattamento assegnato. Sarebbe stato interessante ricevere informazioni anche sugli altri obiettivi del programma non riportati nell'articolo (durata allattamento, sicurezza nell'ambiente domestico, etc).

Esiti: rilevanti e chiaramente descritti.

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano di non avere rapporti finanziari relativi a questo articolo. Lo studio è stato finanziato da fondazioni private.

Trasferibilità

Popolazione studiata: si tratta di una popolazione simile a quella che afferrisce agli studi pediatrici italiani.

Tipo di intervento: l'intervento di sostegno ai genitori mediante visite domiciliari viene effettuato con modalità diverse anche in varie zone italiane senza attualmente una misurazione di efficacia pubblicata su riviste scientifiche. L'utilizzo di personale non professionista in aggiunta a personale sanitario, proposto dallo studio, potrebbe essere una valida modalità per incrementarne la diffusione.

1. Sama-Miller E, Akers L, Mraz-Esposito A, et al. Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington DC, 2016
2. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 23;(7):CD009326
3. <http://www.nursefamilypartnership.org/>
4. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Brecht ML, et al. Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. *J Adolesc Health.* 2002;30(1):44-54
5. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, et al. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics.* 2005;116(6):e803-9
6. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, et al. Randomized controlled trial of universal postnatal nurse home visiting: impact on emergency care. *Pediatrics* 2013; 132(Suppl 2): S140-6
7. Meghea CI, Li B, Zhu Q, et al. Infant health effects of a nurse-community health worker home visitation programme: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev.* 2013;39(1):27-35
8. Newsletter pediatrica 2005;2(6):25

Scheda redatta dal gruppo di lettura di Asolo:

Claudia Grossi, Barbara Andreola, Valentina Savio, Silvia Cavinato, Laura Todesco, Patrizia Bonin, Paolo Schievano, Giacomo Toffol, Maria Luisa Zuccolo.