

# Visite domiciliari durante il periodo neonatale: una revisione Cochrane

Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al.

[Schedules for home visits in the early postpartum period](#)

Cochrane Database Syst Rev. 2017;8:CD009326

Rubrica *L'articolo del mese*

a cura di *Costantino Panza*

*L'articolo del mese coglie l'occasione della recente pubblicazione di una revisione Cochrane per affrontare l'argomento dei programmi di Home Visiting, un modello di intervento per il sostegno delle famiglie e per la protezione dell'infanzia. Programmi che richiedono una puntuale strutturazione e pianificazione, molto diffusi all'estero e ancora di difficile costruzione in Italia.*

## Background

Le complicanze più frequenti del periodo postpartum sono i disturbi mentali del genitore e le malattie del bambino. Le visite domiciliari (home visit, HV) attuate nelle settimane successive alla nascita, eseguite da personale sanitario professionale o da volontari addestrati, possono prevenire o ridurre questi rischi.

## Scopi

Valutare gli esiti per mamma e figlio in differenti modelli di programmazione di HV durante il periodo postpartum, con particolare riferimento a: frequenza, durata nel tempo dell'intervento, numero di visite settimanali, momento di inizio in relazione alla nascita e modello di HV utilizzato.

## Metodi

Ricerca di RCT su interventi di HV dalla nascita fino a 42 giorni dopo il parto. Sono stati esclusi gli interventi che prevedevano l'arruolamento durante il periodo prenatale e i trial con arruolamento di popolazioni ad alto rischio, ad esempio donne con problemi di alcolismo o dipendenze da sostanze. Gli esiti sono stati misurati entro 42 giorni dalla nascita.

## Risultati

Sono stati selezionati 12 RCT (oltre 11.000 donne) svolti in nazioni sia ad alto che a basso reddito. Sono stati messi a confronto trial che paragonavano diverse intensità di intervento o numero di HV (5 RCT), HV vs controlli ambulatoriali (4 RCT) o vs altro tipo di intervento. In 10 trial le HV erano svolte da personale professionale. Nella maggior parte dei trial l'obiettivo era la valutazione del benessere della madre e del bambino, mentre alcuni interventi erano specificamente rivolti alla promozione dell'allattamento al seno o a fornire un sostegno pratico. Non sono state rilevate prove di efficacia per una riduzione della mortalità infantile o materna così come non ci sono prove significa-

tive per un miglioramento della salute materna. Interventi più intensivi non sembrano apportare cambiamenti nelle condizioni di benessere materno: in due RCT si è osservata una riduzione della depressione materna, rilevata tramite un basso punteggio all'Edinburgh Postnatal Depression Score, in associazione a un numero più basso di HV, rispetto a un numero di HV più elevato (differenza media (DM) 1.05, IC 95% 0.27, 1.82); tuttavia, se l'intervento HV è personalizzato, si ottiene un miglioramento dei sintomi depressivi (DM 0.68, IC 95% 0.53, 0.86). Sono presenti prove per una riduzione di utilizzo di servizi sanitari per l'infanzia (ospedalizzazioni, pronto soccorso o ambulatori clinici) nelle settimane successive il parto e di un prolungamento dell'allattamento esclusivo al seno (DM 3.00, IC 95% 2.33, 3.67). Le madri coinvolte nelle HV hanno punteggi di soddisfazione più alti riguardo le cure postnatali (DM 14.70, IC 95% 8.32, 21.08).

## Conclusioni

Aumentando il numero di visite postnatali a domicilio si può promuovere la salute infantile e la soddisfazione del genitore e si possono migliorare gli esiti materni attraverso cure più individualizzate, anche se i risultati globali di questa revisione sistematica non forniscono prove significative. La frequenza, la durata, l'intensità, il momento di inizio delle HV dovrebbero essere basati sulle necessità locali e sul bisogno di ogni singola famiglia. Al momento non è disponibile un programma ideale di HV.

## Commento

Questa revisione sistematica a cura della Cochrane Collaboration raccoglie una piccola parte dei programmi di HV presenti nel mondo. Infatti, i criteri di inclusione considerano programmi di HV con esiti misurati entro 42 giorni dalla nascita e con una popolazione senza fattori di rischio (se non la giovane età delle madri come criterio di arruolamento in alcuni trial). Nonostante le importanti indicazioni restrittive per la selezione dei trial, gli autori rilevano, negli studi selezionati in questa review, prove di efficacia in alcuni ambiti della salute materno-infantile. Inoltre questa revisione raccoglie un deciso invito del WHO a realizzare le visite domiciliari a sostegno della salute materna e infantile nelle prime settimane di vita, perché è un periodo cruciale per la salute di madre e del bambino, quando i rischi di mortalità e morbilità sono molto elevati [1].

L'HV è una pratica di intervento che ha iniziato a diffondersi in Europa nella prima metà dell'Ottocento, a partire dall'Inghilterra e dalla Germania, insieme all'avvio delle prime pratiche di sostegno alle famiglie, in un periodo contraddistinto da una crescita demografica esponenziale accompagnata ancora da una elevata mortalità materno-infantile. Derivati dal modello britannico, i programmi di HV sorti in USA furono dapprima inquadrati come impegni filantropici verso le comunità più povere e gli immigrati, con l'obiettivo di migliorare l'istruzione e la salute e di ridurre la povertà economica nelle famiglie con bambini piccoli. Dagli anni '60 del secolo scorso si sono sviluppati altri programmi che prevedevano lo sviluppo dell'HV insieme alla frequenza degli asili nido ([Early Head Start](#)), e programmi con obiettivi specifici come protezione dall'abuso all'infanzia e il sostegno della funzione genitoriale, di cui [Hawaii's Healthy Start Program](#) e [Nurse-Family Partnership](#) sono stati i precursori [2]. Attualmente in Usa sono attivi più di 250 programmi che coinvolgono circa 150mila genitori ogni anno, sostenuti da agenzie pubbliche e finanziati dallo Stato federale nell'ordine di 1.5 miliardi\$/anno, con una programmazione di sostegno economico quinquennale, oltre a finanziamenti locali [3]. Un'agenzia governativa USA, la [Home Visiting Evidence of Effectiveness \(HomeVEE\)](#), monitora costantemente questi programmi, valutandone l'efficacia in base a esiti prestabiliti per la salute materna, il parenting positivo, l'autosufficienza economica della famiglia, l'invio ad altre risorse della comunità, la salute del bambino, il suo sviluppo e successo scolastico, il maltrattamento, la delinquenza giovanile, la violenza familiare, la criminalità [4]. In base alle prove di efficacia riconosciute dalla HomeVEE, vengono sovvenzionati finanziariamente i singoli Stati per i diversi progetti di HV. Anche in Europa sono presenti programmi strutturati di HV condotti da operatori professionali (Bulgaria, Gran Bretagna, Irlanda, Norvegia, Scozia, Olanda, Francia). Programmi di HV svolti da personale paraprofessionale sono presenti soprattutto in paesi in via di sviluppo (Haiti e Messico, ad esempio) ma anche in realtà occidentali [5].

Un progetto di HV richiede di identificare con chiarezza gli obiettivi da raggiungere, formare il personale professionale o paraprofessionale secondo precisi riferimenti teorici e pratici, di costruire una rete di intervento utilizzando al meglio le risorse locali e di pianificare la sostenibilità economica nel tempo. È necessario inoltre supervisionare gli operatori perché mantengano nel tempo le abilità acquisite, monitorare costantemente le attività svolte e misurare gli esiti in tempi rapidi, considerando i possibili effetti indesiderati e le possibili - e necessarie - modifiche del programma: si tratta di un impegno di grande portata. I programmi di HV implicano pertanto una complessa struttura costruita attorno a diversi servizi per la salute e possono essere costosi, considerazione importante per un intervento svolto con risorse pubbliche. Negli USA si stima che il costo di un programma di 2 anni per una famiglia (considerando un intervento che preveda da 20 fino a 70 visite, secondo le necessità) è stimato essere di 11.000\$, mentre un programma breve (4-7 visite domiciliari) può avere un costo di quasi 1000\$.

Un programma di HV non può essere standardizzato, perché prevede un progetto sostenibile da parte della comunità locale, richiede una valutazione delle necessità sociali e di salute

presenti in quella realtà e può pertanto differire a seconda dei luoghi di intervento. Inoltre deve prevedere una certa elasticità nell'intervento, offrendo diverse intensità o modalità di *care* a seconda delle necessità delle singole famiglie. Questa particolare modalità di intervento riconosce il principio dell'universalismo progressivo o proporzionato [6]. L'universalismo proporzionato si riferisce alla prestazione di servizi universali, dove la scala e l'intensità della fornitura del servizio sono tuttavia adattati alle necessità e agli svantaggi del singolo. Nel caso di un intervento di prevenzione per la salute materno-infantile, si potrebbe pensare a un'azione di base per tutti, universale per l'appunto, prevedendo HV per particolari gruppi di famiglie o per situazioni dove la valutazione dell'operatore ha ravvisato situazioni peculiari di necessità. Non è scontato che un aumento di intensità delle visite consenta di per sé di ottenere esiti migliori per quanto riguarda il benessere infantile, la salute materna e le funzioni genitoriali. Per raggiungere gli obiettivi prefissati potrebbe invece essere necessario diversificare l'intervento. Come indica la revisione Cochrane oggetto di questo Articolo del mese, non sempre un aumento delle HV produce un miglioramento degli outcome. Ad esempio, nei programmi che hanno come obiettivo la sensitività materna è stato visto che pochi ingressi a domicilio (< 5 HV), svolti con tecniche di intervento specifiche, il video feedback, sono più efficaci rispetto a interventi domiciliari più prolungati (>16 HV) [7]. Addirittura, il *more of the same* talvolta può produrre un peggioramento delle inequità [6]. Secondo l'esperienza di recenti trial di intervento con HV, solo un disegno ben strutturato del programma di HV che consideri un universalismo proporzionato attraverso una attenta selezione delle necessità sociali e dei singoli, la cosiddetta selezione positiva, e svolgendo interventi individualizzati può favorire la riduzione delle situazioni di inequità [8-9].

Costruire un progetto di HV nelle diverse realtà locali è anche in Italia una necessità irrinunciabile. Il riconoscimento degli obiettivi per la salute materno-infantile, la scelta delle famiglie target, la costruzione di una rete di servizi per il sostegno dell'attività di HV richiedono al pediatra di essere il primo attore nella fase di progettualità, così come è indicato in un Policy Statement dell'Accademia Americana di Pediatria del settembre 2017 [2]. Il pediatra dovrebbe operare per amalgamare le HV nel contesto della *care* delle Cure Primarie pediatriche, per sostenere gli obiettivi mirati sulle funzioni genitoriali positive, per ridurre il rischio di maltrattamento e per ridurre gli effetti dello stress nelle famiglie più vulnerabili. Il pediatra dovrebbe impegnarsi nel riconoscimento delle diverse esigenze linguistiche e culturali delle famiglie e sentirsi coinvolto nella gestione della formazione degli operatori, nel monitoraggio del programma e nella misurazione degli esiti per ottimizzare i risultati. Il pediatra, infine, dovrebbe essere in grado di confrontarsi con gli altri professionisti coinvolti nella progettazione, per portare un contributo utile alla *selezione positiva*, ossia al riconoscimento delle famiglie ad alto rischio (da quelle recentemente immigrate a quelle con analfabetismo funzionale ad esempio), per esaminare la tenuta o un possibile rimodellamento della rete locale di intervento e per verificare la sostenibilità economica del programma.

Stiamo parlando di una pediatria del terzo millennio in grado di guardare verso un orizzonte che superi quel "tinello" che ri-

schia di diventare l'ambulatorio del singolo pediatra. Una sfida che vede l'Italia tra gli ultimi nei paesi occidentali, nonostante esperienze in alcune realtà, che tuttavia rimangono isolate [10] e senza il supporto di un governo centrale o regionale, che riconosca in questo tipo di prevenzione non solo un atto di salute ma un atto politico.

- 
1. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health
  2. Duffee JH, Mendelsohn AL, Kuo AA, et al. Early Childhood Home Visiting. *Pediatrics*. 2017;140(3). pii: e20172150
  3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Parenting matters: Supporting parents of children ages 0-8. National Academies Press, 2016
  4. Avellar S, Paulsell D, Sama-Miller E, 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
  5. Kilburn MR, Cannon JS. Home Visiting and Use of Infant Health Care: A Randomized Clinical Trial. *Pediatrics*. 2017;139(1). pii: e20161274
  6. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015;14:81
  7. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*. 2003;129(2):195-215
  8. Burström B, Marttila A, Kulane A, et al. Practising proportionate universalism - a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):91
  9. Hogg R, Kennedy C, Gray C, et al. Supporting the case for 'progressive universalism' in health visiting: Scottish mothers and health visitors' perspectives on targeting and rationing health visiting services, with a focus on the Lothian Child Concern Model. *J Clin Nurs*. 2013;22(1-2):240-50
  10. Finzi I, Imbimbo F, Kaneklin S. *Accompagnami per un po'. Un'esperienza di home visiting nei primi due anni di vita*. Franco Angeli Edizioni 2013

---

**Per corrispondenza**

[costpan@tin.it](mailto:costpan@tin.it)