

**HOME VISITING:
uno strumento di promozione della salute e di
contrasto precoce delle disuguaglianze**

Verona, 27 settembre 2014

**Razionale, evidenze, opzioni di
attuazione in Italia**

Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino – onlus
European School for Maternal Newborn Child and
Adolescent Health
Trieste

storia

- Dall'Europa del XIX secolo (levatrici)
- Patronage nurses in URSS
- David Olds e gli Elmira studies negli USA
- Head Start ('80 USA)
- Family Nurse Partnership, USA → UK
- In Italia: dalle levatrici alle ASV, agli ass.sociali, ai peer counsellors, agli infermieri di comunità

razionale

- Precocità e tempestività di intervento
- Lavoro con le famiglie
- Enfasi su prevenzione, promozione, equità

“Le visite domiciliari possono fare quello che altrimenti non viene fatto e raggiungere quelli che altrimenti non verrebbero raggiunti”

Precocità dell'intervento

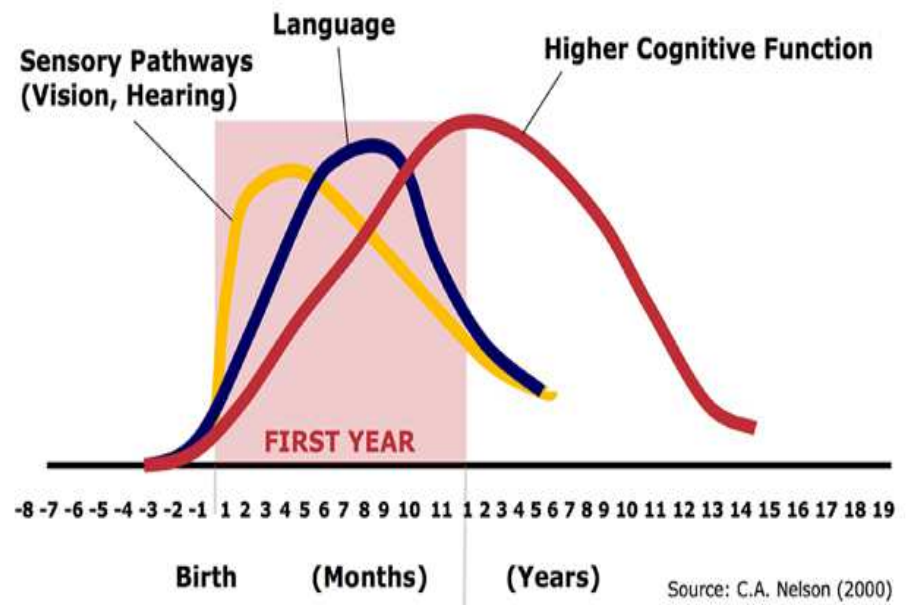
- Su finestre di vulnerabilità/opportunità (gravidanza e primi anni)
- In tempo per prevenzione promozione e individuazione problemi
- focus su promozione della salute e dello sviluppo, protezione sociale



Center on the Developing Child
HARVARD UNIVERSITY

Human Brain Development

Neural Connections for Different Functions Develop Sequentially



Supporto diretto ai genitori: cruciale per promozione e prevenzione nei primi anni

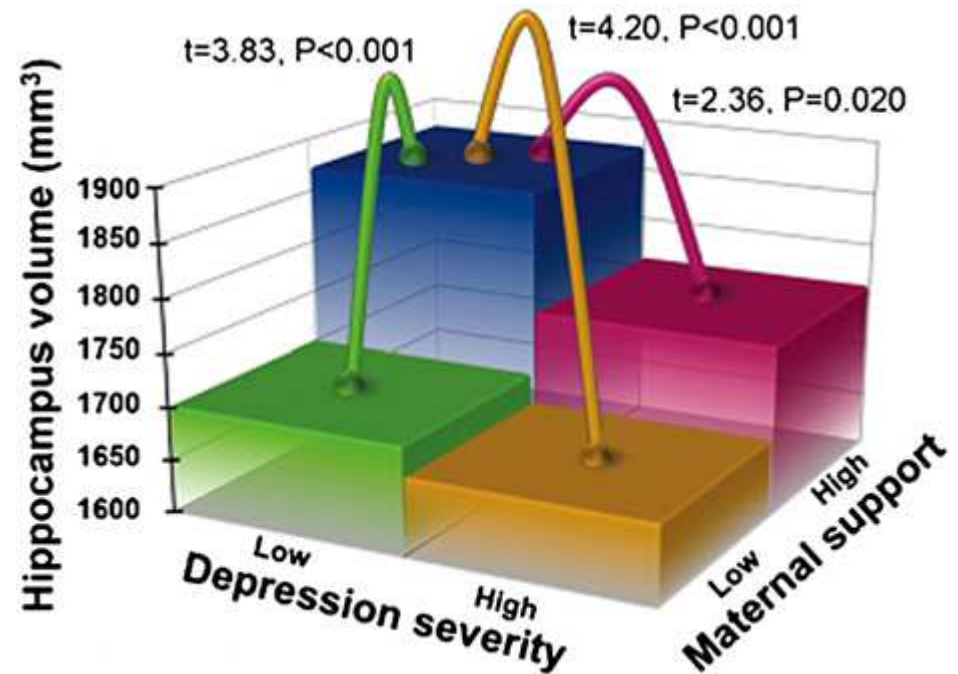
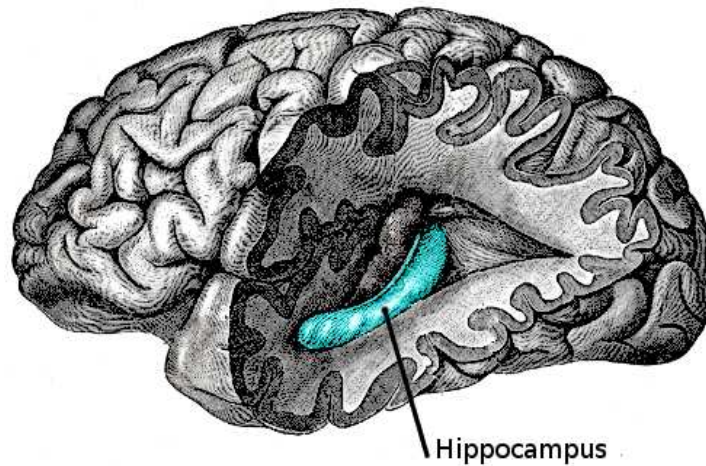
Dal 7° Rapporto CRC (2014) “Garantire il diritto di tutti i bambini alle opportunità di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale nei primi anni di vita”

CRC - GENERAL COMMENT No. 7 (2005). Implementing child rights in early childhood

*Gli Stati devono garantire un **supporto appropriato a genitori**, consentire loro di svolgere adeguatamente le funzioni genitoriali (artt. 18.2 e 18.3).*

I primi anni di vita costituiscono il periodo dove le responsabilità parentali riguardano tutti gli aspetti del benessere dei bambini... Di conseguenza, la realizzazione di questi diritti dipende in grande misura dalle risorse a disposizione di quanti portano queste responsabilità.

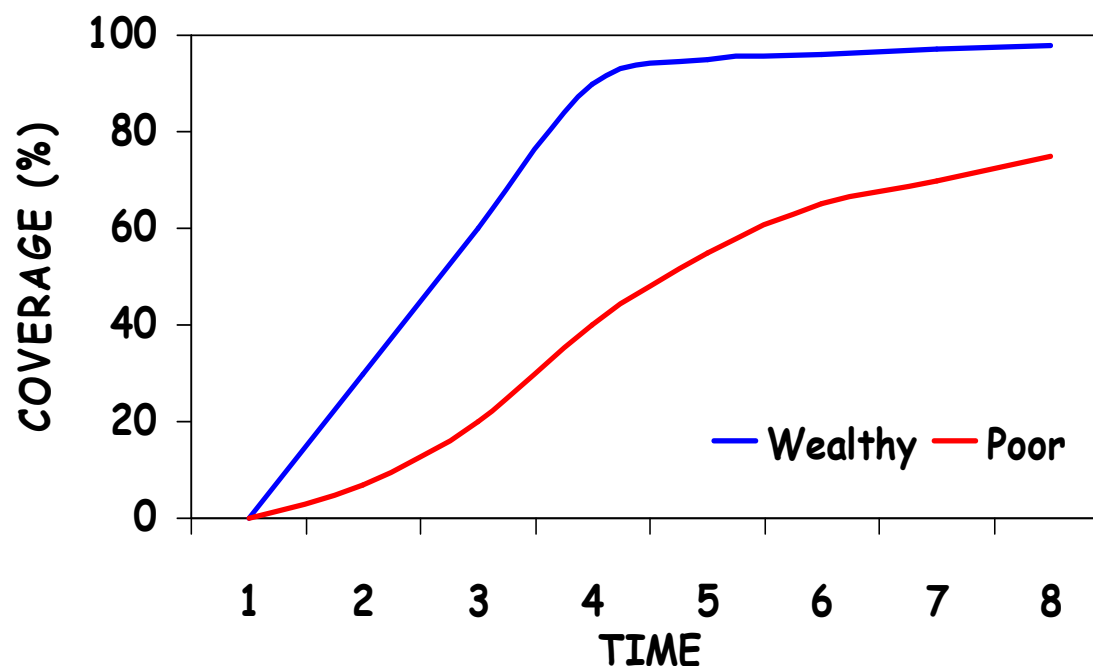
ruolo delle cure genitoriali: il volume di una parte importante del cervello (ippocampo) dipende dalle cure materne



Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school (Luby et al. PNAS 2012)

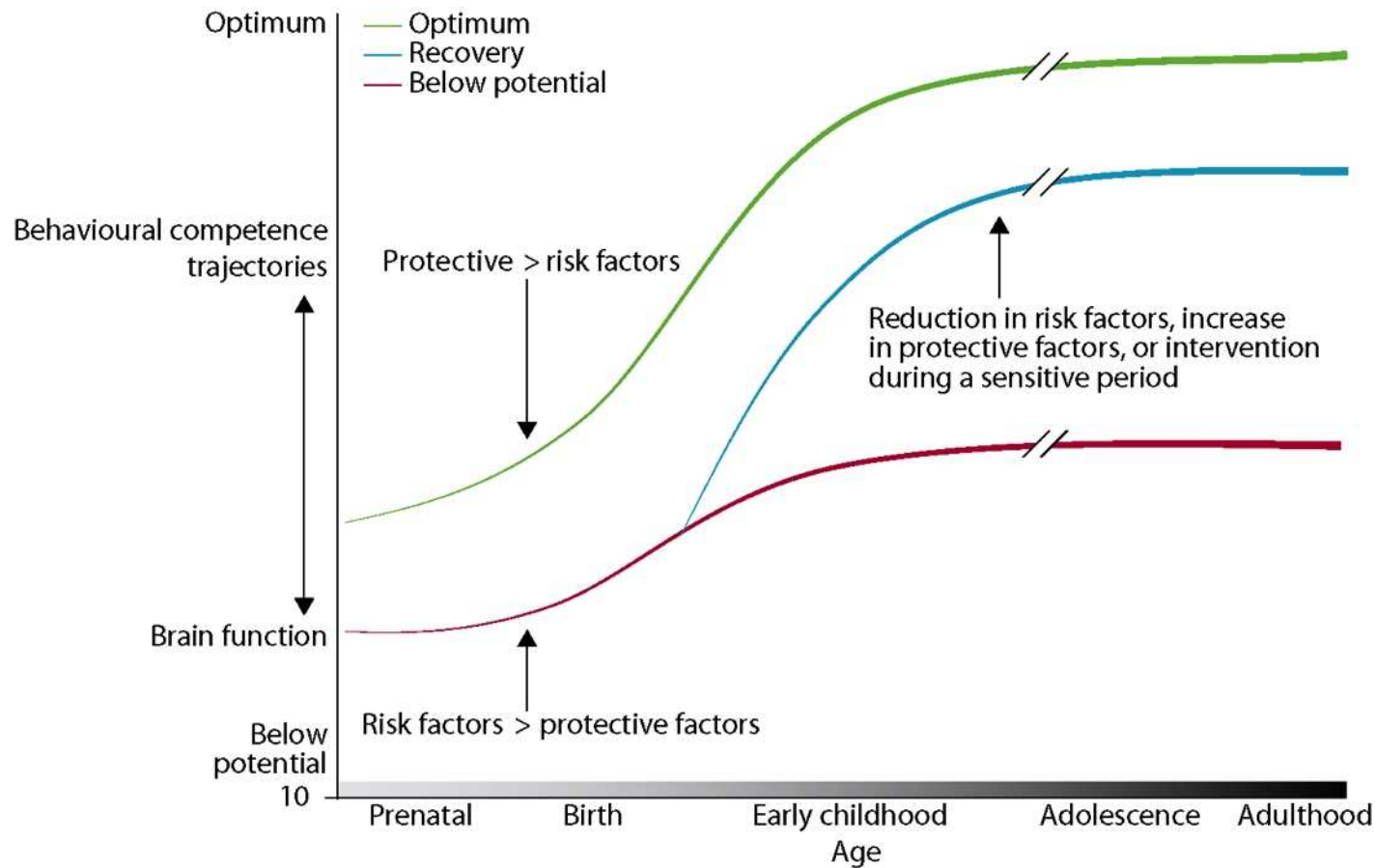
Raggiungere tutti, e soprattutto quelli che possono ricevere maggior vantaggio dall'intervento

- Le evidenze indicano che i servizi mancano dove più servono...e che i benefici di ogni nuovo intervento efficace raggiungono prima e maggiormente i gruppi sociali più benestanti

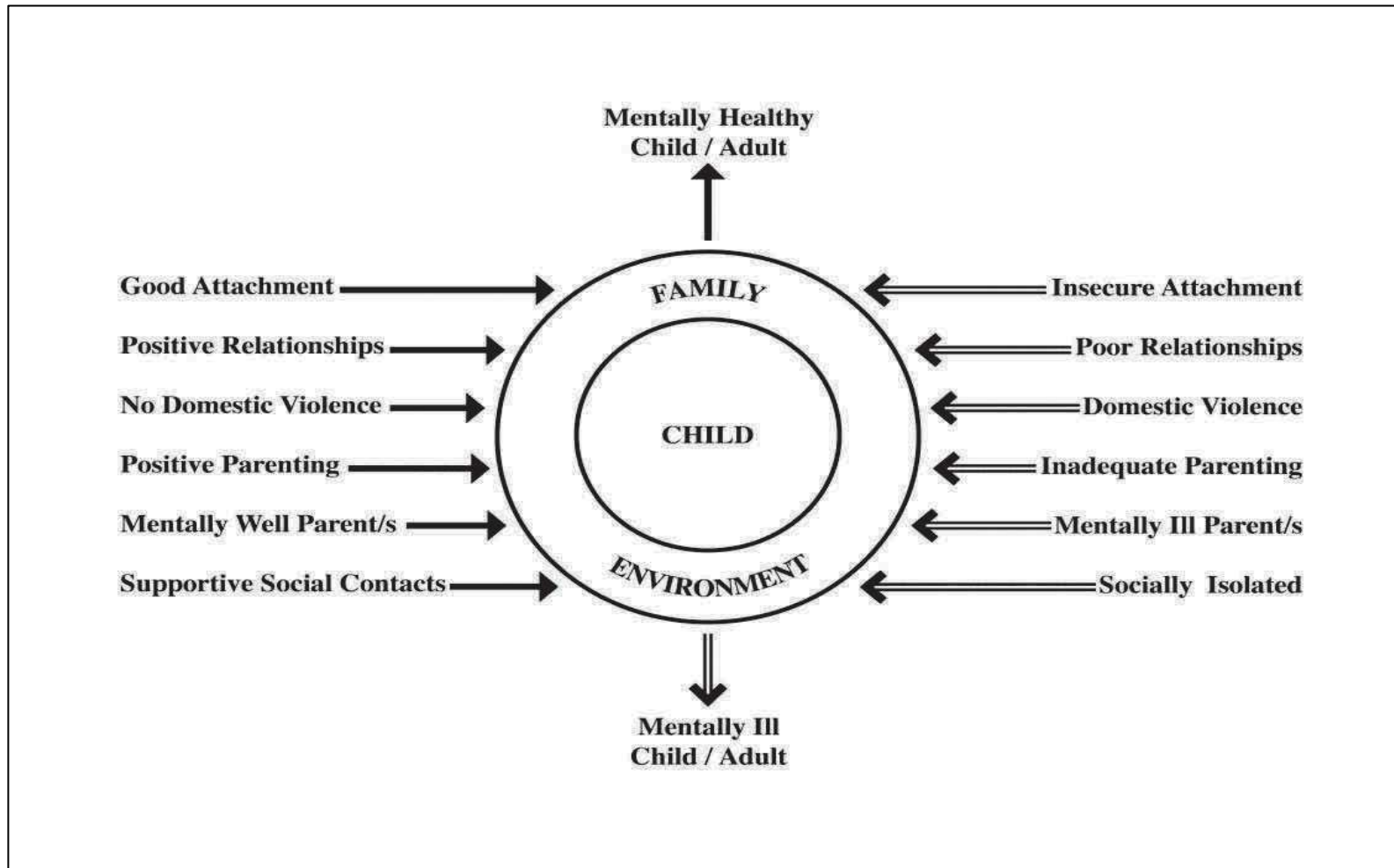


Cesar Victora, Lancet 2003)

Cosa un buon servizio di VD può contribuire a fare:
ridurre le diseguaglianze, buona parte delle quali inizia
molto presto e aumenta nel tempo



Fattori di rischio e di protezione su cui possono intervenire i programmi di VD



Dove agiscono le
visite domiciliari
(modello biopsicosociale
dello sviluppo)



**Fattori
genetici**

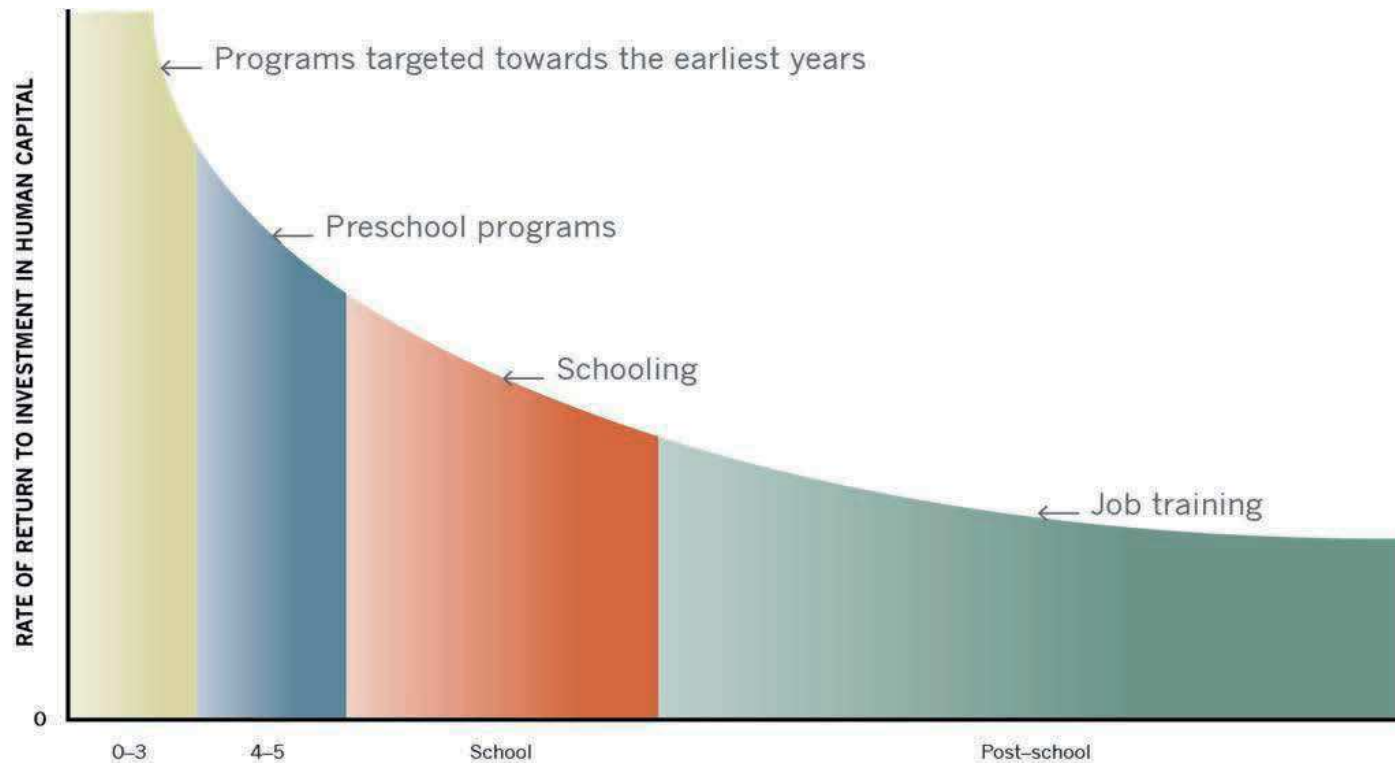
**Relazioni
primarie**

**Ambiente sociale, coesione sociale,
relazioni e politiche sociali**

**Competenze
Cognitive e socio-relazionali**

**Esiti sociali individuali e
collettivi**

Gli investimenti in salute educazione e protezione sociale nei primissimi anni (a partire dalla gravidanza) sono quelli che producono maggiori risultati a parità di costo (Heckman, 2006)



Source: Heckman (2008)

Basi teoriche

- **approccio ecologico** (Bronfenbrenner) che enfatizza l'importanza del contesto sociale nel determinare lo sviluppo umano
- **teoria dell'attaccamento** (Bowlby) che attribuisce molta importanza all'instaurarsi precoce di relazioni sicure tra il bambino e la/le figura/e di riferimento
- **teoria della *self efficacy*** (Bandura) che punta sul potenziamento della capacità dell'individuo di perseguire e raggiungere i suoi obiettivi.

Evidenze

- Revisioni sistematiche (UK, US, Australia)
 - Ciclo di studi sul progetto Elmira (US)
 - Analisi economiche (US, Aus, UK)
-
- ➔ Alto costo-efficacia per programmi su **alto rischio**, minore per basso rischio ma pur sempre favorevole
 - ➔ **Inizio in gravidanza** per massima efficacia
 - ➔ **Qualità del personale** (altamente professionale vs. paraprofessionale o volontario)
 - ➔ **Risultati a distanza** (20 anni)

Consenso internazionale

- OMS (Uff. Europeo, Strategia Child Health e documento su prevenzione del maltrattamento)
- UNICEF (Ufficio CEE/CIS: linee guida)
- American Academy of Pediatrics (raccomandazione 2009)
- Governi nazionali e locali (dal Regno Unito che ha aumentato la dotazione di HVs recentemente, all' Australia, Brasile, Serbia, US...)

Contenuti della visita	Azioni dell'operatore delle visite domiciliari
1. Benessere materno	Ascolta, osserva, chiede, informa, consiglia
2. Benessere del bambino	Ascolta, osserva, chiede, informa, consiglia
3. Benessere degli altri membri della famiglia e del funzionamento familiare	Ascolta, osserva, chiede, informa, consiglia
4. Tematiche discusse durante l'ultima visita	Si assicura che sia stato possibile effettuare quanto pianificato durante l'ultima visita o durante
5. Controlli da pianificare	Fornisce informazioni e spiegazioni su controlli, attività che devono essere effettuati
6. Valutazione dell'ambiente familiare compresa la sicurezza	Ascolta, osserva, chiede, informa, consiglia
7. Revisione del piano di azione	Riassume quanto è stato detto, verifica la comprensione e le cose da fare
8. Fornitura di materiali informative e libri per bambini	Fornisce ai genitori materiali informativi e altri materiali utili per l'interazione con il bambino, in particolare i primi libri
9. Supporto per l'invio e i contatti con altri servizi	Fornisce informazioni e consiglia su come superare delle barriere che possono esistere per accedere a specifici servizi o benefit di carattere sociale
10. Attivazione diretta per altri servizi	In circostanze molto specifiche, quando vi sia un pericolo per la donna o il bambino o per la famiglia nel suo insieme, attiva immediatamente i servizi appropriati.

Visite domiciliari: la formazione necessaria

Moduli formativi	Componenti principali
Salute e benessere materno	Patologie più comuni della gravidanza e misure preventive Problematiche del postpartum
Salute e benessere del bambino	Problematiche più comuni nel primo anno di vita e buone pratiche di prevenzione Lo sviluppo neuro evolutivo: promozione e valutazione
Interazioni madre bambino	L'attaccamento: principi, fattori di rischio e segni di attaccamento inadeguato Pratiche che favoriscono un buon attaccamento Segni di sospetto di maltrattamento o abuso
Nutrizione	Allattamento al seno e sua promozione e supporto Alimentazione responsiva, introduzione cibi solidi cc.
Tematiche di salute pubblica e prevenzione	Determinanti di salute in relazione alla gravidanza e ai primi anni di vita Prevenzione di malattie infettive e vaccinazioni Sicurezza e prevenzione degli incidenti
Competenze professionali	Lavoro in gruppo (cooperazione e condivisione di informazioni) Case management Comunicazione efficace con i genitori e le famiglie Lavoro con gruppi di genitori Problematiche interculturali relative alla salute materna e infantile Confidenzialità e protezione dei dati Raccolta e utilizzo dei dati anche a fini di ricerca applicata

Requisiti “costitutivi” di un programma di VD

Approccio al rischio

- Non limitato alla identificazione di rischi e risorse ma comprendente tutti gli elementi del **counselling** per poter aiutare la famiglia a sviluppare un piano che attivi le **risorse disponibili**
- Si associa all’azione per ridurre i rischi, promuovere la **resilienza** e affrontare gli elementi di **vulnerabilità**

Requisiti “costitutivi” di un programma di VD

Collaborazione intra e intersettoriale

- Gli OVD devono poter attivare altri servizi sia all'interno del sistema sanitario che all'esterno (settore sociale ed educativo e, in qualche caso, delle forze dell'ordine e del giudiziario) e le risorse che la comunità può offrire
- Si trovano nella posizione ideale per promuovere l'attivazione di interventi sia preventivi che di presa in carico che richiedono la collaborazione di più aree

Vantaggi e svantaggi di un approccio universale

pro

- Rischi e vulnerabilità in buona parte non sono prevedibili
- Non stigmatizza
- Prevenzione e promozione sono un bisogno di tutti
- La gran parte dei genitori oggi chiedono supporto, oppure lo apprezzano quando viene offerto

contro

- Può essere regressivo e sottrarre risorse a chi ha più bisogno di intervento
- Costi maggiori

Programmi *blended* (approccio universalistico *progressivo*)

- alcune prestazioni essenziali sono offerte a tutti
- visite più frequenti e prestazioni più complesse sono fornite alle famiglie che, per problemi già noti ai servizi o emersi attraverso le visite, si trovino in situazioni di maggior bisogno.
- un ulteriore gruppo, limitato, di situazioni multiproblematiche dove la visita domiciliare è parte, e a volte momento di stimolo e di coordinamento, di un lavoro di rete che comprende altri servizi e operatori.

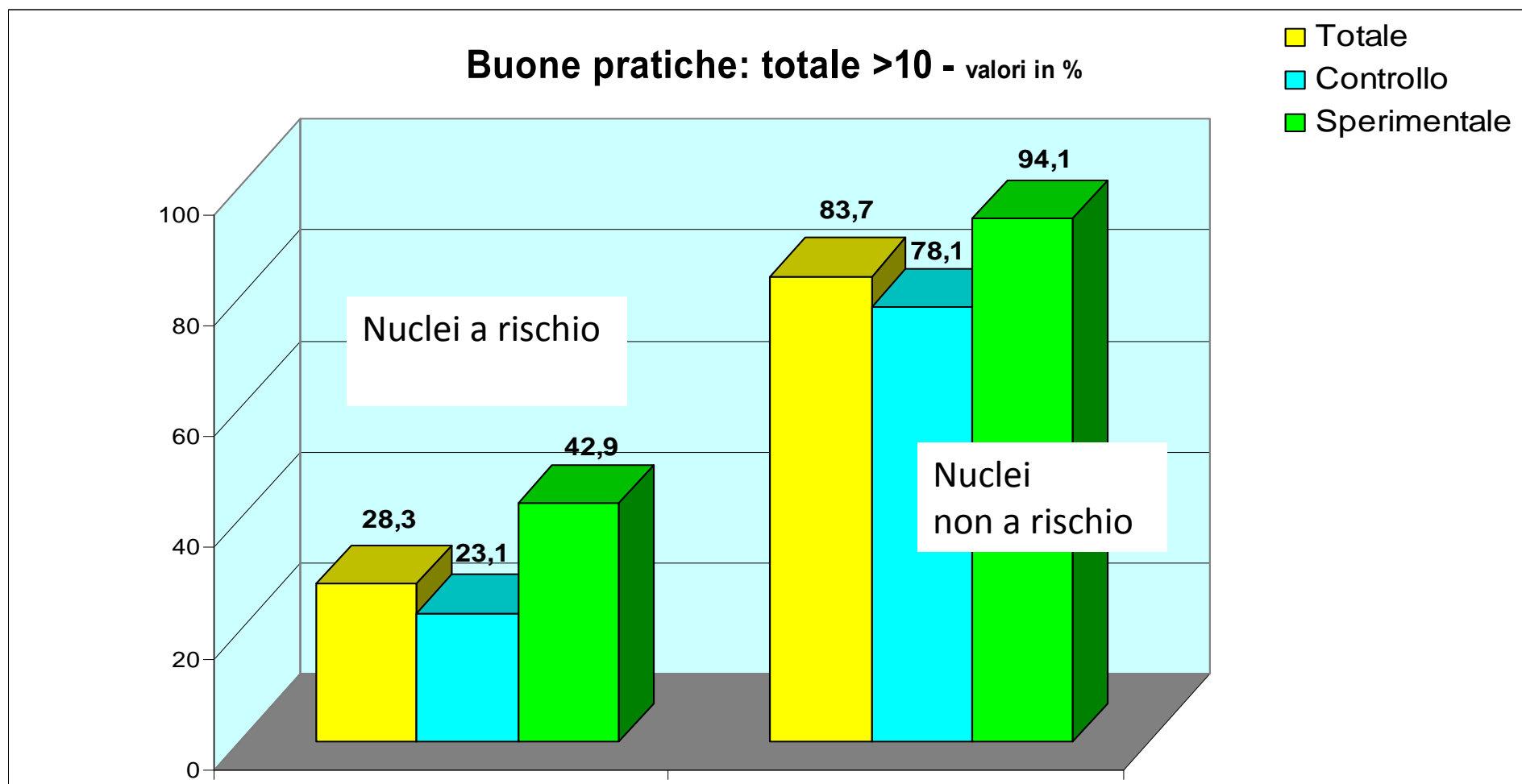
caratteristiche generalmente raccomandate per un modello di servizio universalistico progressivo

- numero di visite da definire in base agli obiettivi e a quanto può offrire il sistema locale dei servizi
- inizio in gravidanza e durata per i primi mesi fino ai due-tre anni di vita del bambino
- contenuti di ciascuna visita definiti in relazione ai tempi della gravidanza e alle fasi di sviluppo del bambino
- enfasi sugli aspetti concernenti il benessere sociale e psicologico, l'attaccamento e lo sviluppo del bambino
- servizio fornito da personale con competenze elevate e complesse, con una buona autonomia professionale e concepito come parte della rete di servizi.

Il contesto in Italia

- Buona dotazione di servizi per maternità e infanzia con operatori dedicati – pediatria di libera scelta
- Continuità e integrazione tra servizi sanitari insufficiente
- Scarsa collaborazione tra settori diversi
- Diseguaglianze persistenti e crescenti (povertà, migrazione)
- Scarso investimento su prevenzione e promozione
- Insufficiente attenzione alla promozione dello sviluppo
- Approccio riduttivo biomedico a gravidanza e parto

Inizio precoce delle disuguaglianze.
Italia: frequenza di buone pratiche di salute a 6 mesi di
vita in nuclei familiari
a rischio e non



Tempistica	Contenuti principali
Prenatale (primo trimestre)	<p>Valutazione dello stato di salute e di benessere materno</p> <p>Informazioni e consigli sulle pratiche preventive e sulle visite prenatali</p> <p>Valutazione dell'ambiente familiar</p>
Prenatale (>32 settimane)	<p>Informazioni sul percorso nascita, incluse le diverse modalità offerte dai servizi presenti sul territorio</p> <p>Consiglio anticipatorio sulle più comuni problematiche post-parto sia materne che neonatali (e anticipazione della visita post-parto)</p>
Postnatale (entro 24-48 ore dalla dimissione)	<p>Valutazione della salute e del benessere materno</p> <p>Valutazione del benessere del neonato</p> <p>Informazione e consigli su allattamento, cure essenziali al neonato, segni e sintomi più comuni</p> <p>Valutazione del tipo di supporto offerto dal contesto familiare e identificazione di eventuali problematiche socioeconomiche e psicosociali</p>
Postnatali (indicativamente 2°-3° mese, 5°-6° mese, 8°-9° mese)	<p>Valutazione della salute e del benessere materno, del bambino, dell'interazione tra madre e bambino e della situazione familiare complessiva</p> <p>Valutazione e promozione dello sviluppo e delle pratiche che favoriscono un buon attaccamento e sviluppo del bambino</p> <p>Informazioni e consiglio anticipatorio con particolare riguardo alla nutrizione, alle vaccinazioni e allo sviluppo</p> <p>Consegna e illustrazione di materiali</p>

Quale tipo di personale per fare quali attività

- La tendenza attuale a un passaggio dall'utilizzo di medici a quello di infermieri di comunità (**task shifting**) per molti servizi di cure primarie è giustificata non tanto da ragioni economiche quanto da evidenze di efficacia.
- Nella sfera psicosociale e della promozione della salute e dello sviluppo è richiesto **un tempo**, un **setting**, una **modalità di comunicazione** e una **disponibilità** che spesso non possono essere assicurate dai professionisti di area medica che hanno in carico le famiglie.


attuazione in Italia: le componenti (1)

- Il servizio è incardinato nel **Distretto di salute** (o sociosanitario), nella struttura che sovrintende alle cure primarie (o al materno-infantile), a seconda della organizzazione distrettuale
- Mantiene in ogni caso una stretta relazione sia con le strutture dedicate a donne, mamme e bambini (**consultori familiari e pediatria di libera scelta**) sia con i dipartimenti di prevenzione.

attuazione in Italia: le componenti (2)

- Personale : assistenti sanitarie visitatrici (ASV), ostetriche e infermieri di comunità
- Formazione di livello universitario (laurea triennale) a cui va aggiunto un percorso aggiuntivo di specializzazione che ne integrino le rispettive competenze fino a coprire quelle indicate dal profilo professionale dell' OVD
- Profilo polivalente o separati profili per donne bambini e anziani/non autonomi
- Scuole specifiche per OVD (o rilanciare quelle, poche, ancora esistenti per ASV, rivedendone i curricula).

i costi: facciamo due conti

- 5 visite (primo trimestre di gravidanza - primi nove mesi)
 - per 1000 nascite = 5000 visite (programma universale) in un periodo di 18 mesi circa
 - più ulteriori 5 visite per 100-120 famiglie (programma rinforzato) quindi 500-600 visite
 - più ulteriori 10-12 visite per 30-40 famiglie (300-480) per le situazioni che richiedono interventi più intensi e multisetoriali) il che porta a un totale di 5800-6000 visite in 18 mesi per un totale di circa 4000 in un anno
 - carico stimabile di 5-6 visite al giorno per 5 giorni, per un totale di 1200-1440 all'anno.
 - circa il 30% del tempo settimanale sia dedicato ad attività di raccolta e trasmissione dati, contatti e incontri con altri operatori, aggiornamento ecc.
-  necessarie 3 unità di personale per 1000 nati, con un costo complessivo per il sistema pubblico di 100.000-120.000 euro/anno quindi di 100-120 per coppia madre-bambino, o due nell'ipotesi di ridurre il programma universale a tre visite (una prenatale e due post).

Programma di VD basato su un modello universalistico progressivo: schema della ripartizione delle risorse

Programma universale (85-90% delle famiglie, 60-70% delle risorse)	Programma rinforzato (10-12 % delle famiglie, 20-25% delle risorse)	Programma intensivo multisetoriale (3-5% delle famiglie, 10-15% delle risorse)
<p>Informazioni sui servizi offerti dalla comunità</p> <p>Prevenzione e promozione della salute e del benessere della madre e del bambino nel primo anno di vita</p> <p>Supporto generale alle conoscenze e alle competenze dei genitori</p>	<p>Risposte a bisogni specifici, identificati tramite le visite, segnalati dalla famiglia o dai servizi</p> <p>Identificazione precoce e di possibili problematiche e invio a /raccordo con i servizi competenti</p> <p>Supporto specifico alla genitorialità in base ai bisogni Emersi</p>	<p>Raccordo con servizi sanitari, educativi e sociali in rapporto alle problematiche evidenziate</p> <p>Facilitazione e coordinamento degli interventi di più servizi</p> <p>Supporto specifico professionale a situazioni di conclamata vulnerabilità e bisogni</p>

Attuazione in Italia: i passi necessari

- Assicurarsi l'**impegno** convinto degli Enti e le **risorse** necessarie (Comuni e Aziende sanitarie potrebbero suddividere i costi; ministero e Regioni potrebbero individuarlo come programma da promuovere)
- Definire il modello, o i **modelli** da sperimentare
- Reperire il **personale** e formarlo
- Produrre la “**cassetta degli attrezzi**” (materiale per genitori, raccolta dati...)
- Predisporre un **piano di valutazione** dei costi e dell'efficacia