



Prima infanzia e disuguaglianze

***1. L'efficacia di interventi
di educazione prenatale e
postnatale***

Prima infanzia e disuguaglianze

1. L'efficacia di interventi di educazione prenatale e postnatale

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

Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). Regione Piemonte.
www.dors.it, dicembre 2018.



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

INDICE

ABSTRACT	4
1. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E PRIMA INFANZIA	5
2. OBIETTIVI DEL REPORT	8
3. MATERIALI E METODI	10
4. RISULTATI	13
5. CONCLUSIONI E LIMITI	19
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	20
7. CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI	26
ALLEGATO A	52

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 educazione prenatale e postnatale 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

E' 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 la presenza di un gruppo di controllo, una valutazione prima e dopo l'intervento e una valutazione al follow up. Gli interventi presi in esame devono avere effetti sulle disuguaglianze di salute.

Risultati

Sono 20 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di educazione prenatale e postnatale, che producono effetti positivi sulle disuguaglianze di salute; 13 studi riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario, 3 in quello di comunità, 1 in ambito domestico mentre 3 coinvolgono entrambi i setting e quindi operano in sinergia.

La maggioranza degli studi si indirizza a popolazioni che condividono più fattori PROGRESS Plus (17), il basso status socioeconomico è il fattore più rappresentato, solo o in combinazione con altri fattori (17 articoli), principalmente l'etnia (9 articoli), il livello di istruzione (5 articoli) e il luogo di residenza (7 articoli).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, la quasi totalità degli studi (17 vs 20) adotta 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.

Conclusioni

La maggior parte degli studi privilegia il benessere psicofisico della futura mamma e lo sviluppo psicologico del neonato piuttosto che i tradizionali temi informativi legati al parto e alla gravidanza; utilizzano modelli di intervento di gruppo anche con l'ausilio di social media e l'attivazione di reti territoriali formali e non.

1. 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 pervasiva 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 mentali - 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 instaurare 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 (**Meltzer 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 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.

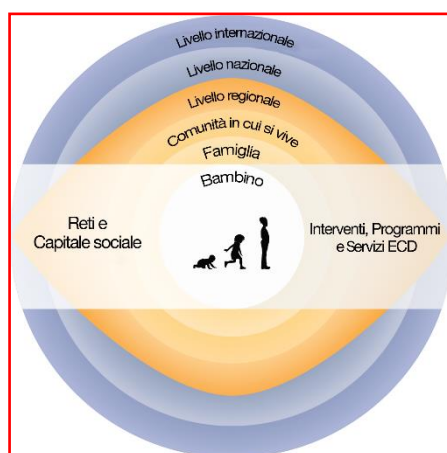
Agire nella prima infanzia:

- *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 sono tutti fattori associati, in modo indipendente, ad un'ampia gamma di esiti avversi per la salute e lo sviluppo delle 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; Siddiqi 2007**).

Figura 1. TEAM-ECD



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

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.

2. 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 della donna in età fertile e dei genitori;
- competenze genitoriali e contesto familiare e di coppia.

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 I Genere / sesso, R Religione, E Livello di istruzione (Education), S Stato socioeconomico, S il 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 livello 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).

3. MATERIALI E METODI

Criteria di inclusione degli studi

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

- **Tipi di studio**

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 incinte.

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.

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, con la sola eccezione del Brasile.

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 5 tipologie - visite domiciliari, programmi per genitori, educazione preconcezionale, prenatale e postnatale, interventi psicologici e psicosociali, interventi multicomponente -, 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);
- 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.

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.

4. RISULTATI

Dalla ricerca effettuata sono risultati 1556 articoli (data della ricerca 12 novembre 2018), riferiti complessivamente alle 5 tipologie di intervento – educazione prenatale e postnatale, visite domiciliari, interventi psicologici e psicosociali, programmi per genitori, programmi multicomponente -. 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 186 sono gli articoli candidati alla lettura del testo completo. A seguito della quale 102 articoli sono stati esclusi e 84 inclusi (Figura 2).

Di seguito la flow chart PRISMA illustra il percorso di selezione completo dei vari step:

Figura 2: PRISMA flow chart

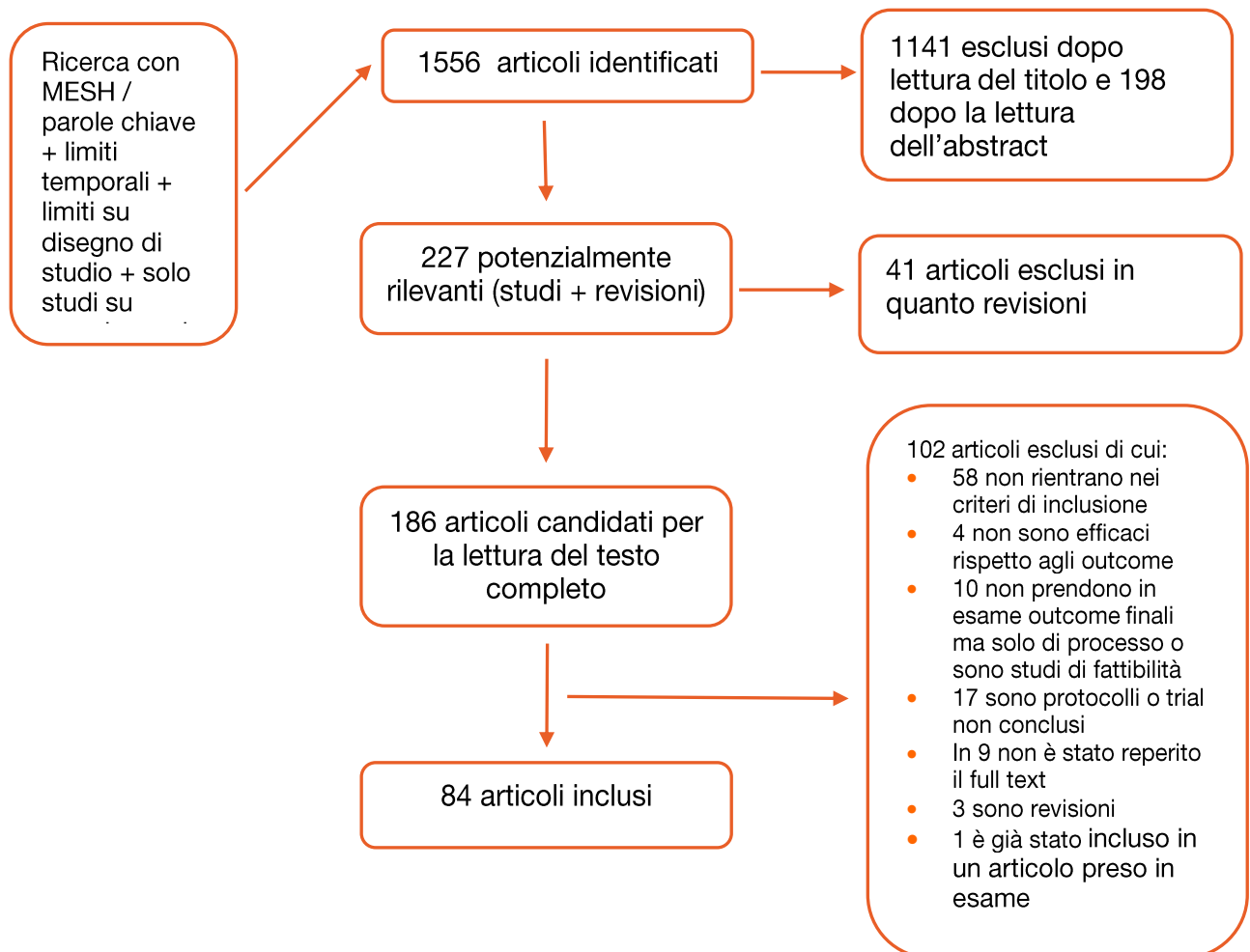
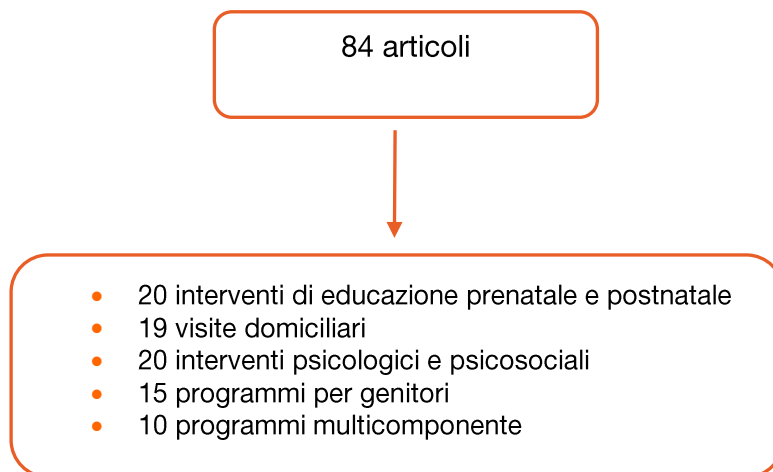


Figura 3



Ottanta quattro studi vengono inclusi e vengono successivamente classificati, secondo le 5 tipologie di intervento sopra citate (Figura 3):

- 20 interventi di educazione prenatale e postnatale
- 19 visite domiciliari
- 20 interventi psicologici e psicosociali
- 15 programmi per genitori
- 10 programmi multicomponente

I capitoli successivi prenderanno in esame solo gli interventi di educazione prenatale e postnatale.

Interventi di educazione prenatale e postnatale

I corsi di educazione prenatale, anche noti come corsi di preparazione al parto, possono essere sia di gruppo sia individuali e sono finalizzati a preparare, informare e dare supporto ai genitori su questioni pratiche e relazionali relative a: gravidanza, nascita, nuovo ruolo che dovranno svolgere. Più in dettaglio dovrebbero aiutare la futura mamma e anche il papà ad affrontare questioni quali: il dolore in fase di travaglio, la scelta del tipo di parto, il basso peso alla nascita, la cura del neonato, l'allattamento al seno, le competenze richieste in quanto genitori.

La fase postnatale comporta il follow up del bambino fino ai 18 mesi con l'obiettivo di facilitare il nuovo ruolo di genitore.

Descrizione degli studi inclusi

Sono 20 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di educazione prenatale e postnatale che prendono in esame la questione delle disuguaglianze di salute. Riguardo alla provenienza geografica, 16 sono stati realizzati negli USA (Cena 2008; Cramer 2007; Ficks 2017; Gilmore 2017; Hale 2014; Humphreys 2011; Machuca 2016; Phelan 2017; Picklesimer 2012; Reich 2011; Reich 2010; Riedy 2015; Sandy 2009; Sege 2015; Yazejian

2017; Weisleder 2016) 2 in Canada (Benediktsson 2013; Muhajarine 2012), uno in Francia (Azria 2011) e uno in Spagna (Garcia Gonzalez 2018).

I partecipanti

Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, il basso status socio economico è il fattore più rappresentato, solo o in combinazione con altri fattori (17 articoli), principalmente l'etnia (9 articoli), il livello di istruzione (5 articoli) e il luogo di residenza (7 articoli).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, la quasi totalità degli studi (17 vs 20) adotta un approccio per target.

Sono le donne in gravidanza o le mamme, la popolazione destinataria di gran parte degli studi (16), 2 sono gli interventi indirizzati alla diade mamma bambino, uno studio alla famiglia. Un solo studio è indirizzato ai bambini, perché trattandosi di prima infanzia (dalla nascita ai tre anni di età) è fondamentale lavorare innanzitutto con i genitori, le prime figure che si devono prendere cura dei figli, per ottenere esiti positivi sulla salute fisica, sulla sicurezza e sui comportamenti dei bambini.

Disegno di studio

I 20 studi hanno differenti disegni. 13 sono studi randomizzati controllati (Cena 2008; Ficks 2017; Garcia Gonzalez 2018; Gilmore 2017; Humphreys 2011; Phelan 2017; Reich 2011, Reich 2010; Riedy 2015; Sandy 2009; Sege 2015; Yazejian 2017; Weisleder 2016), 3 studi retrospettivi (Azria 2011; Hale 2014; Picklesimer 2012), 2 studi pre-post con gruppo di controllo (Muhajarine 2012; Machuca 2016), uno studio di coorte prospettico (Benediktsson 2013); uno studio valutativo che adotta un disegno descrittivo comparativo (Cramer 2007).

Il contesto

In riferimento al contesto, 13 studi riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario (Azria 2011; Benediktsson 2013; Cena 2008; Ficks 2017; Gilmore 2017; Hale 2014; Humphreys 2011; Machuca 2016; Phelan 2017; Reich 2011; Reich 2010; Riedy 2015; Sege 2015), 2 in quello di comunità (Cramer 2007; Muhajarine 2012), e 4 coinvolgono entrambi i setting, che quindi operano in sinergia (Picklesimer 2012; Sandy 2009; Yazejian 2017; Weisleder 2016). In particolare, se spesso l'arruolamento dei partecipanti avviene in un contesto sanitario o l'intervento eredita i partecipanti a programmi già in atto, il coinvolgimento, il sostegno, la compliance delle comunità di appartenenza aumentano la probabilità di ottenere effetti positivi. Uno infine si svolge nel contesto domestico (Garcia Gonzalez 2018).

Gli aspetti chiave di salute

Gli interventi di educazione prenatale e postnatale lavorano principalmente su 3 aspetti: il benessere psicosociale dei futuri genitori (Benediktsson 2013; Cena 2008; Gilmore 2017; Phelan 2017; Garcia Gonzalez 2018), la preparazione e il supporto alla nascita (Azria 2011; Cramer 2007; Picklesimer 2012) e la sicurezza e protezione del bambino (Reich 2011; Reich

2010; Riedy 2015; Sege 2015), 2 articoli si indirizzano agli aspetti dell'alimentazione / prevenzione dell'obesità infantile (Machuca 2016; Sandy 2009), 2 allo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Yazejian 2017; Weisleder 2016), un solo articolo alla violenza domestica nel rapporto di coppia (Humphreys 2011). Infine 3 interventi si indirizzano contemporaneamente a più fattori chiave, a conferma della loro complessità e soprattutto della stretta relazione tra più fattori chiave, interdipendenti e tutti in qualche modo corresponsabili del benessere fisico e dello sviluppo socio emotivo del bambino. 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

Benessere psicosociale dei genitori / futuri genitori	5 (Benediktsson 2013; Cena 2008; Gilmore 2017; Phelan 2017; Garcia Gonzalez 2018)
• Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore	3 (Azria 2011; Cramer 2007; Picklesimer 2012)
Violenza domestica nel rapporto di coppia	1 (Humphreys 2011)
Sicurezza e protezione del bambino	4 (Reich 2011; Reich 2010; Riedy 2015; Sege 2015)
• Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità	2 (Machuca 2016; Sandy 2009)
Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino	2 (Yazejian 2017; Weisleder 2016)
Compresenza di più fattori chiave	
• Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore + sicurezza e protezione del bambino	1 (Hale 2014)
• Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore + Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile	1 (Muhajarine 2012)
• Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile + Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità	1 (Ficks 2017)

I risultati

La maggior parte degli interventi ha coinvolto donne in gravidanza arruolate in setting sanitari che appartengono a gruppi svantaggiati soprattutto per quanto riguarda l'etnia, il livello di istruzione e lo status socioeconomico; in tre casi il coinvolgimento ha riguardato anche i padri e i figli piccoli. Un solo studio si rivolge a donne in età fertile e valuta un intervento per incrementare l'assunzione di acido folico. L'intervento si è basato sul modello Learner Centered, focalizzato sui bisogni del discente, ed ha avuto effetti positivi rispetto all'incremento di assunzione di acido folico e alla maggior capacità di lettura delle etichette degli alimenti (Cena 2008).

Uno studio descrive un intervento basato sull'uso di dispositivi multimediali per motivare le donne in gravidanza a discutere con il proprio medico di abusi fisici e/o psicologici subiti da parte del partner (**Humphrey 2011**).

Uno studio rileva l'efficacia di un programma di counselling motivazionale associato a incentivi economici per aumentare le conoscenze e le visite dentistiche sia nelle donne arruolate durante la gravidanza sia nei loro figli, seguiti fino ai 18 mesi (**Riedy 2015**).

Un programma implementato negli Stati Uniti assiste le donne in gravidanza, facilitando l'accesso alle cure prenatali attraverso una presa in carico attiva della donna; in questo caso l'esito che risulta significativo è la riduzione della spesa media ospedaliera (**Cramer 2007**).

Anche lo studio di **Azria** del **2011** realizzato in Francia descrive l'efficacia del North Paris Community Based Perinatal Network nell'incrementare il numero di donne che si sottopongono a ecografie nei primi tre mesi di gravidanza.

Tre studi valutano invece l'efficacia del programma Centering Pregnancy. Questo programma nasce negli anni 90 presso il Centering Health Care Institute, un'organizzazione non governativa, che ha sede a Boston negli Stati Uniti.

I corsi pre-parto denominati "Centering Pregnancy group" sono costituiti da 10 incontri di gruppo della durata di 60-120 minuti, oltre a 10 minuti extra che ogni futura mamma può utilizzare per parlare con l'assistente. Ogni donna all'inizio dell'incontro prende nota del proprio peso e della pressione sanguigna. Dopodiché vi è una sessione in cui le donne in cerchio possono dialogare, discutere e fare domande al personale sanitario presente.

I corsi sono risultati efficaci rispetto al miglioramento della salute mentale delle future mamme, alla pianificazione familiare e ad alcuni parametri associati al benessere del bambino, come la diminuzione dei parti pre-termine. Il programma riesce ad intercettare le donne più svantaggiate e ad agire sulla riduzione delle disuguaglianze (**Benediktsson 2013, Hale 2013; Picklesimer 2012**).

Ad un modello di visite pediatriche di gruppo, Well Baby Group (WBG), è indirizzato lo studio **Machuca** del **2016**, che ne valuta l'efficacia per prevenire l'obesità della prima infanzia, in una comunità a basso reddito. WBG viene proposto alle famiglie durante i primi 18 mesi di vita del bambino. Prevede 11 sessioni (a 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15 e 18 mesi di età). I bambini sono arruolati all'età di 2 mesi e i gruppi sono costituiti da 6 a 8 diadi mamma bambino, che frequentano tutte le sessioni, con il supporto di un pediatra e un dietista. L'intervento WBG si focalizza su comportamenti positivi rispetto alla dieta e, genitorialità responsiva e attenta alle corrette pratiche nutrizionali. Raggiunti i due anni, i bambini che hanno ricevuto l'intervento, hanno dei tassi più bassi di sovrappeso / obesità.

Due studi valutano l'efficacia di programmi per incentivare l'allattamento al seno e far sì che il nascituro abbia un peso adeguato.

Il primo, rivolto a donne immigrate dall'America Latina, è consistito in visite domiciliari da parte di operatori della comunità della stessa etnia delle donne target, e ha avuto esito positivo rispetto all'outcome considerato (**Sandy 2009**).

Il secondo valuta gli effetti del Canadian Prenatal Nutrition Program (CPNP), un programma implementato in Canada già dagli anni 90. Esso coinvolge la comunità e ha l'obiettivo di ridurre i comportamenti a rischio delle future madri e migliorare alcuni indicatori di benessere del nascituro. Il CPNP riesce ad intercettare le donne più svantaggiate e mostra risultati positivi per tutti gli outcome considerati (**Muhajarine 2012**).

Effetti migliorativi sullo stato di salute del nascituro (maggior peso e circonferenza toracica alla nascita) emergono anche da un intervento di musicoterapia rivolto a primipare al fine

di ridurre i livelli di ansia nel terzo trimestre sia rispetto al parto che al test di screening NST (per la ricerca di malformazioni). (**Garcia-Gonzales 2018**)

Due studi rilevano efficace introdurre nei libri per bambini anche argomenti che riguardano lo sviluppo del bambino e le pratiche di sicurezza. I libri sono distribuiti alle madri durante le consuete visite pediatriche (**Reich 2011, Reich 2010**).

Tre studi hanno come target le famiglie: il primo, rivolto a coppie madre-figlio, usa la lettura ad alta voce e il gioco per rafforzare lo sviluppo socio-emozionale del bambino (il bambino viene filmato durante la sessione di gioco e lettura e viene fornito un feedback al genitore). L'efficacia è inversamente proporzionale allo status socio-economico delle famiglie (**Weisleder 2016**)

Nel secondo sono coinvolti anche i padri; in questo caso si affianca uno specialista di problemi familiari al team di sanitari pediatrici che garantiscono, nell'ambito di Medicaid, l'assistenza pediatrica gratuita per i primi 15 mesi del bambino (**Sege 2015**).

Anche nel terzo caso viene coinvolto il padre, in famiglie con bambini che abbiano meno di 19 mesi: attraverso visite domiciliari, incontri specifici per genitori e attività svolte presso gli asili nido, si interviene sulla riduzione delle disuguaglianze sociali rispetto alle abilità linguistiche, allo sviluppo socioemotivo e alle relazioni parentali. (**Yazejian 2017**).

Studi più recenti hanno valutato l'uso dei social media, in un caso un gruppo facebook gestito da esperti ma costituito da una comunità di neo-mamme per migliorare la cura e il benessere del bambino nei primi mesi di vita comprese le modalità di nutrizione (**Ficks, 2018**); in altri due casi è stata utilizzata un'applicazione e un sito web interattivo, al fine di aiutare le donne nel periodo post-natale a perdere peso e incrementare l'attività fisica (**Gilmore, 2017; Phelan 2017**).

5. CONCLUSIONI E LIMITI

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

- gli interventi sono sempre meno focalizzati sui tradizionali temi informativi legati al parto e alla gravidanza, mentre prevale una maggior attenzione per il benessere psicofisico della futura mamma e lo sviluppo psicologico del neonato;
- sono ancora scarsi gli studi che prendono in considerazione il ruolo del papà e gli aspetti legati al suo benessere psicofisico;
- un certo numero di studi sperimentano modelli e programmi standardizzati di educazione prenatale e postnatale di gruppo (Centering Pregnancy, Educare, Well Baby Group);
- gli studi più recenti riguardano interventi che prediligono l'uso dei social media e di strumenti multimediali che rafforzano l'aspetto di condivisione tra pari avvantaggiandosi del supporto di un professionista;
- 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 del territorio, con il maggior coinvolgimento possibile della popolazione vulnerabile destinataria.

Rispetto all'aspetto della riduzione delle disuguaglianze, la maggior parte degli studi presi in esame adotta un approccio per target, rivolgendosi a popolazioni più svantaggiate. 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 quasi totalità degli studi analizzati, con pochissime eccezioni, non viene effettuata una comparazione tra popolazione vulnerabile e il resto della popolazione.

Sono ancora pochi gli studi che adottano un modello universalistico o per gradiente e ne valutano l'efficacia rispetto alla riduzione delle disuguaglianze stesse.

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.

L'analisi della letteratura sull'efficacia degli interventi di educazione prenatale e postnatale, 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.

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Studi inclusi (in ordine alfabetico)

Azria 2011

Azria E, Guittet L, Delahaye M, Koskas M, Naoura I, Luton D, Caputo DM. Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Dec;159(2):351-4.

Benediktsson 2013

Benediktsson I, McDonald SW, Vekved M, McNeil DA, Dolan SM, Tough SC. Comparing CenteringPregnancy® to standard prenatal care plus prenatal education. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13 Suppl 1:S5

Cena 2008

Cena ER, Joy AB, Heneman K, Espinosa-Hall G, Garcia L, Schneider C, Wooten Swanson PC, Hudes M, Zidenberg-Cherr S. Learner-centered nutrition education improves folate intake and food-related behaviors in nonpregnant, low-income women of childbearing age. *J Am Diet Assoc.* 2008 Oct;108(10):1627-35

Cramer 2007

Cramer ME, Chen LW, Roberts S, Clute D. Evaluating the social and economic impact of community-based prenatal care. *Public Health Nurs.* 2007 Jul- Aug;24(4):329-36

Fiks 2017

Fiks AG, Gruver RS, Bishop-Gilyard CT, Shults J, Virudachalam S, Suh AW, Gerdes M, Kalra GK, DeRusso PA, Lieberman A, Weng D, Elovitz MA, Berkowitz RI, Power TJ. A Social Media Peer Group for Mothers To Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial. *Child Obes.* 2017 Oct;13(5):356-368.

Garcia-Gonzalez 2018

Garcia-Gonzalez J, Ventura-Miranda MI, Requena-Mullor M, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *J Affect Disord.* 2018 May;232:17-22.

Gilmore 2017

Gilmore LA, Klempel MC, Martin CK, Myers CA, Burton JH, Sutton EF, Redman LM. Personalized Mobile Health Intervention for Health and Weight Loss in Postpartum Women Receiving Women, Infants, and Children Benefit: A Randomized Controlled Pilot Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2017 Jul;26(7):719-727.

Hale 2014

Hale N, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S. The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jan;210(1):50.e1-7.

Humphreys 2011

Humphreys J, Tsoh JY, Kohn MA, Gerbert B. Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using Video Doctor plus Provider Cueing: a randomized, controlled trial. *Womens Health Issues*. 2011 Mar-Apr;21(2):136-44.

Machuca 2016

Machuca H, Arevalo S, Hackley B, Applebaum J, Mishkin A, Heo M, Shapiro A. Well Baby Group Care: Evaluation of a Promising Intervention for Primary Obesity Prevention in Toddlers. *Child Obes*. 2016 Jun;12(3):171-8.

Muhajarine 2012

Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. *Can J Public Health*. 2012 Mar 29;103(7 Suppl 1):eS26-31.

Phelan 2017

Phelan S, Hagobian T, Brannen A, Hatley KE, Schaffner A, Muñoz-Christian K, Tate DF. Effect of an Internet-Based Program on Weight Loss for Low-Income Postpartum Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017 Jun 20;317(23):2381-2391.

Picklesimer 2012

Picklesimer AH, Billings D, Hale N, Blackhurst D, Covington-Kolb S. The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 May;206(5):415.e1-7.

Reich 2011

Reich SM, Penner EK, Duncan GJ. Using baby books to increase new mothers' safety practices. *Acad Pediatr*. 2011 Jan-Feb;11(1):34-43

Reich 2010

Reich SM, Bickman L, Saville BR, Alvarez J. The effectiveness of baby books for providing pediatric anticipatory guidance to new mothers. *Pediatrics*. 2010 May;125(5):997-1002

Riedy 2015

Riedy CA, Weinstein P, Mancl L, Garson G, Huebner CE, Milgrom P, Grembowski D, Shepherd-Banigan M, Smolen D, Sutherland M. Dental attendance among low-income women and their children following a brief motivational counseling intervention: A community randomized trial. *Soc Sci Med*. 2015 Nov;144:9-18.

Sandy 2009

Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *J Hum Lact*. 2009 Nov;25(4):404-11

Sege 2015

Sege R, Preer G, Morton SJ, Cabral H, Morakinyo O, Lee V, Abreu C, De Vos E, Kaplan-Sanoff M. Medical-Legal Strategies to Improve Infant Health Care: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015 Jul;136(1):97-106.

Weisleder 2016

Weisleder A, Cates CB, Dreyer BP, Berkule Johnson S, Huberman HS, Seery AM, Canfield CF, Mendelsohn AL. Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. Pediatrics. 2016 Feb;137(2)

Yazejian 2017

Yazejian N, Bryant DM, Hans S, Horm D, St Clair L, File N, Burchinal M. Child and Parenting Outcomes After 1 Year of Educare. Child Dev. 2017 Sep;88(5):1671-1688.

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

Kavanagh 2008

Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections in developing and using PROGRESS-Plus. Equity update. <http://www.equity.cochrane.org/Files/EquityUpdate`Vol2`Issue1.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.instituteofhealthequity.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, experimenters, and abstainers. *Journal of Social Psychology* 1992; 132(5):691–693

Welch 2010

Welch V, Tugwell P, Petticrew M, de Montigny J, Ueffing 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>

7. CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI

1. Azria, 2011

Titolo	Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network
Paese	Francia
Disegno dello studio	Studio retrospettivo osservazionale
Popolazione considerata	Donne nel primo trimestre di gravidanza
Numerosità del campione	
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia del North Paris Community Based Perinatal Network nell'aumentare il numero di donne che si sottopongono all'ecografia nel primo trimestre di gravidanza e valutare la qualità della tecnica
Intervento/attività prevista	L'articolo non descrive l'intervento nel dettaglio
Outcome	Numero di ecografia nel primo trimestre di gravidanza e qualità immagine translucenza nucale (nt)
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, status socio economico, livello di istruzione, luogo di residenza
Risultati	Il North Paris Community Based Perinatal Network nasce nel 2003, le misure sono state effettuate nel 2002, nel 2003, nel 2004 e nel 2008. Si riscontra un incremento delle ecografie effettuate negli anni successivi all'implementazione del programma. L'incremento registrato nel 2004 si mantiene inalterato anche nel 2008.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento è stato realizzato in un'area della Francia a nord di Parigi particolarmente deprivata
Note	

2. Benediktsson, 2013

Titolo	Comparing CenteringPregnancy® to standard prenatal care plus prenatal education.
Paese	Canada
Disegno dello studio	Studio di coorte prospettico (dati raccolti tramite survey)
Popolazione considerata	Donne in gravidanza
Numerosità del campione	106 donne nel gruppo CenteringPregnancy® e 619 nel gruppo di Prenatal Education
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Confrontare due programmi il CenteringPregnancy e i corsi pre-parto rinforzati da programmi educativi rispetto alla riduzione delle disuguaglianze in livelli di stress, depressione, ansia e supporto sociale.
Intervento/attività prevista	I corsi pre-parto denominati “CenteringPregnancy group” sono costituiti da 10 incontri di gruppo della durata di 60-120 minuti oltre a 10 minuti extra che ogni futura mamma può utilizzare per parlare con l’assistente. Ogni donna all’inizio dell’incontro prende nota del proprio peso e della pressione sanguigna. Dopodiché vi è una sessione in cui le donne in cerchio possono dialogare, discutere e fare domande al personale sanitario presente. CenteringPregnancy https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy
Outcome	Indicatori di salute mentale (stress, ansia, depressione)
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio economico, livello di istruzione
Risultati	Riduzione delle disuguaglianze sociali negli outcome di salute considerati
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento ha ridotto il gap di salute tra le donne più svantaggiate e quelle meno. Differenze nei sintomi mentali tra i due gruppi che si sono annullate dopo l'intervento
Note	

3. Cena, 2008

Titolo	Learner-centered nutrition education improves folate intake and food-related behaviours in nonpregnant, low-income women of childbearing age.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne residenti in 5 contee della California - Fresno, San Diego, Sonoma, Shasta e Trinity - non incinte, appartenenti a fasce a basso reddito, in età fertile (18 - 45 anni), che leggono e comprendono inglese o spagnolo e che nella famiglia siano la persona che acquista e prepara il cibo.
Numerosità del campione	155 donne, 77 assegnate al gruppo di intervento e 78 al gruppo di controllo.
Setting	Setting sanitario. Tra i 15 siti dove si effettua l'arruolamento dei partecipanti allo studio sono inclusi uffici con programmi che offrono buoni servizi, cliniche in cui vige il programma WIC, vari programmi di comunità a servizio di famiglie ed individui con basso reddito.
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Valutare gli effetti di un intervento di educazione alimentare centrato sui bisogni di chi apprende, riguardo all'assunzione di acido folico e a comportamenti correlati al cibo. L'intervento è indirizzato a donne non incinte ma in età fertile, a basso reddito, mentre il gruppo di controllo riceve solo un intervento educativo non specifico sul tema dell'alimentazione.
Intervento/attività prevista	Un intervento di educazione alimentare secondo il modello learner-centered- che si focalizza sui bisogni del discente – sul tema dell'assunzione di acido folico implica discussioni di gruppo, partecipazione ad attività, schede di lavoro, ricorso ad illustrazioni e materiale visivo, dimostrazioni di cucina e spiegazioni da parte dell'insegnante. La lezione viene ritagliata secondo i bisogni di una popolazione di etnia e cultura specifiche; gli argomenti trattati includono una definizione di acido folico, la sua importanza, i cibi che contengono acido folico e il consumo raccomandato. La lezione dura 2 ore e mezza e viene offerta al gruppo di intervento, mentre il gruppo di controllo riceve una lezione generica sulla gestione delle risorse. Prima dell'arruolamento alla baseline e poi 4 settimane dopo l'intervento, in fase di follow-up, le donne di entrambi i gruppi sono invitate a compilare un questionario demografico, un test di screening che misura la frequenza consueta di assunzione di acido folico da cibi naturali, da cibi "rinforzati", da supplementi e infine una checklist sul comportamento alimentare.
Outcome	cambiamento nell'assunzione di acido folico e di altri comportamenti relativi al cibo
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	luogo di residenza, etnia, status socio economico
Risultati	I partecipanti che ricevono un'educazione alimentare specifica aumentano, rispetto al gruppo di controllo, l'assunzione di acido folico e la lettura delle etichette sugli alimenti. I cambiamenti nell'assunzione di cibi ricchi di acido folico è differente in base all'etnia. Considerando le variabili età, etnia, contea di provenienza e siti di arruolamento – per esempio partecipazione pregressa a programmi di aiuto alimentare o al

programma WIC – come eventuali fattori confondenti l'appartenenza ad un'etnia può comportare l'assunzione di differenti cibi ricchi di acido folico. Inoltre la partecipazione al programma WIC che prevede iniziative di educazione alimentare aumenta l'assunzione di acido folico ma non cambia in modo significativo i comportamenti riguardo al cibo. Chi invece è supportato da programmi che offrono sovvenzioni e aiuti alimentari non cambia in modo significativo la sua assunzione di acido folico ma aumenta la frequenza nel consumo di una varietà di verdure ogni giorno, in confronto al gruppo di controllo.

Risultati secondo gli indicatori di
disuguaglianza

L'intervento è efficace per la riduzione
delle disuguaglianze?

L'intervento è indirizzato a donne a basso reddito

Note

Un approccio educativo centrato sui bisogni del discente sembra essere efficace per aumentare l'assunzione di acido folico e per mutare i comportamenti alimentari di donne in età fertile ma che dispongono di un basso reddito. Il lavoro futuro mettendo a confronto l'approccio centrato sul discente con l'approccio pedagogico tradizionale, dovrà verificare che i cambiamenti osservati sono da attribuirsi all'approccio educativo più che al contenuto della lezione.

4. Cramer, 2007

Titolo	Evaluating the social and economic impact of community-based prenatal care
Paese	USA
Disegno dello studio	Studio valutativo che adotta un disegno descrittivo comparativo
Popolazione considerata	Mamme che hanno partorito nel 2002 e 2003 residenti nella regione di Douglas County, Nebraska, che include 19 aree censuarie in cui 46% della popolazione è afroamericana e la mortalità infantile (1993–2001) ha una media di 16.4/1,000 nati vivi in confronto con la media degli USA di 7.4/1,000 nati vivi.
Numerosità del campione	Il campione si distingue in: partecipanti al programma Omaha Healthy Start (OHS), che include tutte le donne residenti nell'area target che hanno partorito nel 2002 (79) e 2003 (157); non partecipanti al programma OHS, che include tutte le donne residenti nelle 19 aree censuarie target e hanno partorito nel 2002 (746) e 2003 (774) ma non hanno partecipato al programma; gruppo Douglas County che include tutte le nascite nel 2002 (7962) e nel 2003 (7987). La valutazione segue i tre gruppi per 2 anni.
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Descrivere la valutazione, il disegno di studio e l'impatto economico e sociale del programma di cure prenatali Omaha Healthy Start.
Intervento/attività prevista	Il progetto OHS, assume due operatori appartenenti alla comunità e con forti legami nella comunità che sono incaricati di identificare e arruolare le donne incinte residenti nell'area target. Il programma OHS prevede una gestione coordinata delle cure, l'assistenza medica a domicilio, trasporto per rispettare gli appuntamenti dal medico, programmazione delle visite mediche, screening, rinvio dei partecipanti nel caso di comportamenti non salutari o situazioni di rischio (depressione, alimentazione, abitazione, abuso di sostanze), educazione prenatale secondo il programma National Healthy Start, iniziativa che dal 1991, negli USA si indirizza al problema delle disuguaglianze tra etnie negli esiti natali.
Outcome	Outcome primari: basso peso alla nascita (<2500 gr), mortalità infantile, riduzione dei costi. Outcome secondari: adeguatezza delle cure prenatali – secondo uno standard definito e in armonia con le raccomandazioni dell'American College of Obstetricians and Gynecologists –, inizio delle cure prenatali entro il primo trimestre di gravidanza.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, etnia
Risultati	Gli esiti natali per il gruppo OHS migliorano nei due anni di valutazione anche se i dati non sono statisticamente significativi; i costi della spesa media ospedaliera si riducono del 31% rispetto ai non partecipanti. Aumentano i tassi, per i gruppi OHS, di chi riceve cure prenatali adeguate e inizia le cure entro il primo trimestre di gravidanza, anche se i dati non sono statisticamente significativi.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	

L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Prevale l'approccio target, in quanto l'intervento si indirizza a minoranze etniche
Note	Sono necessari ulteriori studi prospettici per documentare, in una prospettiva temporale più lunga, i trend sulla relazione tra programmi di comunità, indirizzati a minoranze etniche, per la gestione integrata delle cure, gli esiti natali e i costi.

5. Ficks, 2018

Titolo	A Social Media Peer Group for Mothers to Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne in gravidanza.
Numerosità del campione	87 donne nel gruppo dei trattati con BMI ≥ 25
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	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). Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità infantile
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia del programma "Grow2Gether, un intervento tra pari destinato a donne a basso reddito e ai loro figli, per promuovere comportamenti associati alla prevenzione dell'obesità.
Intervento/attività prevista	Le donne inserite nel braccio dell'intervento hanno avuto accesso ad un gruppo "Facebook" privato in cui erano postati una serie di video con indicazioni evidence based sulla cura del bambino. I video erano postati settimanalmente fino al compimento dei 6 mesi e ogni due settimane fino ai 9 mesi del bambino. Ogni donna poteva partecipare attivamente alla conversazione, era prevista anche la presenza di un moderatore/facilitatore esperto del tema.
Outcome	Benessere della madre, pratiche relative alla nutrizione, sonno e attività del bambino
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socioeconomico
Risultati	L'intervento si è dimostrato efficace nel migliorare le modalità di nutrizione del bambino. L'adesione è stata molto elevata.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Le misure sono state rilevate tramite questionario somministrato a intervalli regolari.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento è stato somministrato ad un target di donne svantaggiate
Note	

6. Garcia-Gonzales, 2018

Titolo	State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy
Paese	Spagna
Disegno dello studio	Single-centre study. Studio randomizzato con gruppo di controllo.
Popolazione considerata	Donne nel terzo trimestre di gravidanza, primipare di età superiore ai 18 anni che hanno fatto il test di screening NST a 36 settimane, non assumono farmaci e non hanno problemi di preeclampsia e diabete, in attesa di un solo figlio senza anomalie fetali e cardiovascolari conosciute.
Numerosità del campione	409 donne
Setting	Domestico
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei futuri genitori. Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia della musicoterapia nel diminuire il livelli di ansia delle primipare nel terzo trimestre, sia rispetto al parto, sia rispetto al test di screening NST (per la ricerca di eventuali malformazioni)
Intervento/attività prevista	14 sessioni di 40 minuti di musicoterapia presso il proprio domicilio con indicazioni chiare di quale musica ascoltare ("Musical Journey through Pregnancy" by Gabriel F.Federico) e a che intensità (65-70dB)
Outcome	Efficacia del percorso di musicoterapia nel ridurre i livelli di ansia nel terzo trimestre di gravidanza, durante il parto e durante il test di screening NST
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, status socioeconomico
Risultati	L'intervento di musicoterapia ha prodotto una riduzione dei livelli di ansia, misurati attraverso il test STAI. Le primipare del gruppo di controllo hanno minori preoccupazioni legate al parto e minore ansia nell'effettuare il test di screening NST. Inoltre, alla nascita è stato rilevato un maggior peso del neonato e una maggior circonferenza toracica.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Nessuno
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'adesione all'intervento di musicoterapia è maggiore tra le donne con stato socio economico medio alto.
Note	

7. Gilmore, 2017

Titolo	Personalized Mobile Health Intervention for Health and Weight Loss in Postpartum Women Receiving Women, Infants, and Children Benefit: A Randomized Controlled Pilot Study
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne che hanno partorito (meno di 8 settimane prima) di età superiore ai 18 anni in sovrappeso o obese
Numerosità del campione	40 donne
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	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).
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia di un programma di perdita di peso basato su una applicazione denominata Smart Loss sullo smartphone
Intervento/attività prevista	Alle donne arruolate è stato fornito un iPhone in cui era installata l'applicazione Smart Loss, attraverso la quale hanno potuto ricevere un intervento personalizzato per la perdita di peso. L'applicazione permette di monitorare il peso e l'attività delle donne quasi in tempo reale, di programmare l'invio di informazioni sulla salute ed avere dei feedback da parte di chi somministra l'intervento.
Outcome	Peso, circonferenza del giro vita, circonferenza fianchi, composizione corporea.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, status socioeconomico
Risultati	Sono stati misurati i parametri al baseline e dopo 16 settimane. Per quanto riguarda la perdita di peso non si sono riscontrate differenze tra il gruppo di intervento (E-Moms) e quello di controllo (WIC – Moms). Non è stata riscontrata alcuna differenza nella percentuale di grasso corporeo o nel rapporto tra circonferenza vita/fianchi. Si è riscontrata una notevole variabilità nell'adesione all'intervento. Le donne che hanno aderito maggiormente all'intervento (n= 5) presentano una riduzione significativa del peso corporeo e di percentuale di massa grassa.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento è stato somministrato ad un target di donne svantaggiate.
Note	

8. Hale, 2014

Titolo	The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning.
Paese	USA
Disegno dello studio	Studio di coorte retrospettivo
Popolazione considerata	Donne che afferiscono al gruppo di sostegno e pianificazione della famiglia
Numerosità del campione	570 donne
Setting	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore; Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Valutare i contatti con i gruppi di sostegno e pianificazione della famiglia
Intervento/attività prevista	Incontri col gruppo di sostegno
Outcome	Numero di Incontri col gruppo di sostegno
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, status socio economico
Risultati	Si dimostra un aumento nell'utilizzo dei gruppi di sostegno e pianificazione della famiglia da parte di donne nere non ispaniche.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	
Note	

9. Humphreys, 2011

Titolo	Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using Video Doctor plus Provider Cueing: a randomized, controlled trial..
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne in gravidanza a rischio abusi
Numerosità del campione	50
Setting	Setting sanitario - Cliniche prenatali
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Violenza domestica
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Valutare l'efficacia di un intervento prenatale fornendo la prova che le visite prenatali costituiscono un momento opportuno per la valutazione della salute e per la consulenza con donne a rischio di abusi da parte del partner.
Intervento/attività prevista	Lo studio fa parte di "Health in Pregnancy" (HIP), per determinare se un breve, interattivo, multimediale intervento per le donne in gravidanza può ridurre i rischi legati alla IPV, fumo, alcol, e droghe illegali. Lo studio si concentra su IPV (Violenza intima da parte del partner). Per la valutazione del rischio si è utilizzata un'intervista computerizzata (Video Doctor). Il programma informatico ha raccolto informazioni socio-demografiche e sulla gravidanza, e valutati i consumi di tabacco, alcol, uso di droghe, e IPV. Un attore tramite Video Doctor fornisce messaggi interattivi di riduzione del rischio, progettati per simulare una discussione ideale con un fornitore di assistenza sanitaria prenatale che ha fornito consulenza non giudicante, seguendo i principi fondamentali dei colloqui motivazionali. Tutte le partecipanti sono state rivalutate utilizzando un'intervista computerizzata simile dopo un mese dalla valutazione iniziale. Alle partecipanti è stata inoltre somministrata una breve intervista post-visita con un assistente di ricerca. Tutte le partecipanti hanno ricevuto una carta regalo da utilizzare in un negozio di alimentari o altro reparto
Outcome	Riduzione dei rischi legati a IPV (Violenza intima da parte del partner),
Risultati	Il campione totale (N = 50) era variamente composto dal punto di vista etnico: 34% latino, 22% nero, bianco 30%, e 14% di altre etnie. L'età media era di 27,7 anni (DS = 7,1; range: 18-43). Al momento della loro partecipazione, un terzo (38%) del campione era sposato o convivente; il 40% ha fatto studi dopo il liceo. La maggioranza (76,0%) ha avuto gravidanze precedenti. L'età media gestazionale è stata di 20,5 settimane (SD = 4,9; range: 8-26) e le partecipanti in media hanno avuto la loro prima visita prenatale a 2,3 mesi nella loro gravidanza (range 1-5). Il settanta per cento (n = 35) del campione presentava rischio IPV. L'uso del tabacco è stato il rischio comportamentale concomitante più comune (28%). Pochissimi partecipanti hanno riferito consumo di alcool (2%) o sostanze illecite (6%). Sessantaquattro per cento (n = 32) dei partecipanti ha riferito l'intenzione di apportare modifiche a IPV. I due gruppi differivano in modo significativo solo sulla loro intenzione di apportare modifiche a IPV. Le partecipanti al gruppo di intervento erano sensibilmente più propense alla discussione sul rischio IPV durante le visite rispetto alle partecipanti del gruppo di controllo che ricevevano le cure abituali (81,8% contro 16,7%; p < .001), anche dopo un mese le

	percentuali sono rimaste alte per il gruppo di intervento (70,0% contro 23,5%; p = .005) che hanno ricevuto la cura usuale.
Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame	Vittima di abuso, fumo
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Sì. L'intervento tramite l'uso di "Video Doctor" potenziato con "Provider Cueing" aumenta significativamente la probabilità di discussione con le donne in gravidanza con una storia di abuso..
Note	

10. Machuca, 2016

Titolo	Well Baby group care: evaluation of promising intervention for primary obesity intervention in toddlers.
Paese	USA
Disegno dello studio	Studio osservazionale non randomizzato con gruppo di confronto
Popolazione considerata	Diadi mamma / neonato di 2 mesi
Numerosità del campione	187 diadi, 47 assegnate al gruppo di intervento e 140 al gruppo di controllo.
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Alimentazione allattamento e prevenzione dell'obesità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Determinare se il programma di visite pediatriche periodiche di gruppo Well Baby Group (WBG), con l'inclusione di un'offerta formativa incentrata su alimentazione sana e genitorialità reattiva ed efficiente, sia associato con dei tassi più bassi di sovrappeso / obesità pediatrica, a 2 anni di età, in una comunità a basso reddito.
Intervento/attività prevista	WBG modello di cura pediatrica alternativo al tradizionale modello individuale, viene offerto alle famiglie durante i primi 18 mesi di vita del bambino. Prevede 11 sessioni (a 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 15 e 18 mesi di età). I bambini sono arruolati all'età di 2 mesi e i gruppi sono costituiti da 6 a 8 diadi mamma bambino che frequentano tutte le sessioni con il supporto di un pediatra e un dietista. L'intervento formativo sull'alimentazione verte su tre tematiche : la conoscenza dell'alimentazione nei suoi risvolti pratici, le mamme come modello positivo, pratiche di nutrizione da parte dei genitori attente e sollecite ai bisogni del bambino. Il gruppo di intervento riceve il WBG mentre il gruppo di controllo riceve le cure pediatriche tradizionali.
Outcome	Sovrappeso / obesità a 2 anni di età (BMI per età \geq 85 percentile)
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, status socio economico
Risultati	I bambini arruolati nel gruppo WBG, a 2 anni di età, hanno meno probabilità di essere in sovrappeso / obesità che i bambini del gruppo di controllo ed il dato è statisticamente significativo (2,1 % vs 15%).
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento, secondo un approccio target, si rivolge a comunità svantaggiate.
Note	WBG, un modello replicabile integrato nelle cure primarie pediatriche, offre un'unica opportunità per intervenire in modo sistematico e precoce in famiglie appartenenti a comunità a rischio e per garantire maggiore tempo, educazione intensiva e supporto sul campo.

11. Muhajarine, 2012

Titolo	Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation
Paese	Canada
Disegno dello studio	Pre-post con gruppo di controllo
Popolazione considerata	Donne in gravidanza
Numerosità del campione	48184
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore, benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Valutare l'efficacia del programma Canadian Prenatal Nutrition Program (CPNP)
Intervento/attività prevista	
Outcome	Comportamenti della madre (fumo, peso, alcol, allattamento) e caratteristiche del nascituro (basso peso, nascita pre-termine, adeguatezza peso nascituro rispetto a periodo gestazionale della madre)
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Sono state eseguiti analisi stratificate per caratteristiche sociali ed economiche dei partecipanti.
Risultati	Le donne che aderiscono al programma sono quelle per cui è stato implementato. Le donne esposte a dosi più elevate del CPNP hanno benefici rispetto all'abitudine al fumo, all'abuso di alcol, all'allattamento che risulta più frequente e duraturo, alla probabilità di partorire un figlio con peso adeguato e non pre-termine.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	L'analisi stratificata secondo livelli socioeconomici mostra alcune variazioni nei gruppi sociali indicando che i risultati non sono equamente distribuiti tra tutti i gruppi considerati.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Intervento universale
Note	

12. Phelan, 2017

Titolo	Effect of an Internet-Based Program on Weight Loss for Low-Income Postpartum Women: A Randomized Clinical Trial
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne che hanno appena partorito
Numerosità del campione	174 donne hanno ricevuto l'intervento oggetto del test, 195 hanno ricevuto quello standard.
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	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).
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare se l'aggiunta di un programma per la perdita di peso accessibile via web ad un altro programma standard (Special Nutrition Programme Program) destinato a donne con figli a basso reddito che hanno appena partorito sia efficace.
Intervento/attività prevista	Il programma disponibile in inglese e in spagnolo mette a disposizione dei partecipanti buone pratiche e risorse, feedback, sessioni formative, un diario, un sistema di registrazione del peso e dell'attività fisica, alcuni video e una bacheca per i messaggi. Le partecipanti hanno ricevuto 4 aggiornamenti a settimana e messaggi motivazionali. Erano anche previsti incontri "face to face" nel setting ospedaliero una volta al mese.
Outcome	Perdita peso donne che hanno avuto una gravidanza
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Livello di istruzione, status socioeconomico.
Risultati	Si è osservata una differenza significativa nella perdita di peso delle donne oggetto dell'intervento rispetto al gruppo di controllo. L'89.2% delle donne ha completato il percorso. Nel gruppo di intervento dopo 12 mesi la perdita di peso è stata di 3.2 kg mentre nel gruppo di controllo di 0.9 kg.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Il target dell'intervento è costituito da donne a basso reddito. Non si è valutata la riduzione del gap.
Note	

13. Picklesimer, 2012

Titolo	The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population.
Paese	USA
Disegno dello studio	Studio di coorte retrospettivo
Popolazione considerata	Donne in gravidanza
Numerosità del campione	316 nel gruppo di intervento e 3767 donne nel gruppo di controllo.
Setting	Setting sanitario / Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Efficacia rispetto alla nascita pre-termine
Intervento/attività prevista	I corsi pre-parto denominati “CenteringPregnancy group” sono costituiti da 10 incontri di gruppo della durata di 60-120 minuti oltre a 10 minuti extra che ogni futura mamma può utilizzare per parlare con l’assistente. Ogni donna all’inizio dell’incontro prende nota del proprio peso e della pressione sanguigna. Dopodiché vi è una sessione in cui le donne in cerchio possono dialogare, discutere e fare domande al personale sanitario presente.
Outcome	Numero parti pre-termine sul totale dei parti
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, Status socio economico
Risultati	Riduzione del 47% dei parti pre-termine nel gruppo di intervento. Questi risultati persistono quando sono state effettuate le analisi nel sottogruppo di donne nullipare.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Le differenze nell’incidenza dei parti pre-termine tra gruppi di donne appartenenti a etnie differenti sembra diminuire per le donne che hanno partecipato al gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.
Note	

14. Reich, 2011

Titolo	Using baby books to increase new mothers safety practices.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Primipare a basso reddito
Numerosità del campione	167
Setting	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Determinare se i libri educativi per bambini sono un metodo efficace per aumentare le pratiche di sicurezza di madri primipare a basso reddito nei primi diciotto mesi di vita del bambino
Intervento/attività prevista	
Outcome	Aumento della conoscenza materna sulle pratiche di sicurezza e di sviluppo tipico del bambino
Risultati	<p>Le donne erano state divise, in modo randomizzato, in tre gruppi. Un gruppo aveva ricevuto un libro con intervento educativo durante il terzo trimestre di gravidanza e libri aggiuntivi quando i bambini avevano 2, 4, 6, 9, e 12 mesi di età. A un altro gruppo sono stati dati libri con le stesse illustrazioni ma senza interventi educativi mentre al terzo gruppo non era stato dato alcun libro.</p> <p>Le donne del gruppo "libro educativo" hanno fatto registrare meno rischi nelle loro case e hanno esercitato più pratiche di sicurezza rispetto al gruppo "senza libri" (riduzione del rischio del 20%). Quando le pratiche di sicurezza coinvolgevano con più tempo e spese (ad esempio, mettere via oggetti taglienti), il gruppo "libro educativo" ha avuto significativamente più probabilità di impegnarsi in questi comportamenti rispetto al gruppo "senza libri" (40% in più) o al gruppo "libri senza intervento educativo" (27% in più). Tuttavia, non sono state riscontrate differenze tra i gruppi per i comportamenti che richiedevano sforzo elevato in tempo, denaro, o fastidio (ad esempio, l'installazione di fermi su armadi).</p>
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Livello di istruzione, status socioeconomico
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Sì. I libri di educazione alla sicurezza dei bambini sembrano essere un modo semplice e a basso costo per aumentare le pratiche di sicurezza delle neo mamme, soprattutto se le pratiche coinvolgono poco o nessun tempo, denaro, o fastidio.
Note	

15. Reich, 2010

Titolo	The effectiveness of baby books for providing pediatric anticipatory guidance to new mothers
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne primipare a basso reddito
Numerosità del campione	N=168
Setting	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Diffondere una guida preventiva pediatrica utilizzando libri educativi per bambini in modo tale che le madri possano conoscere lo sviluppo tipico, la prevenzione degli infortuni e la promozione della salute durante la lettura.
Intervento/attività prevista	Divisione in tre gruppi. Gruppo a cui sono stati somministrati libri educativi per bambini sugli argomenti sviluppo e prevenzione incidenti, gruppo a cui è stato dato materiale tradizionale, gruppo a cui non è stato distribuito nulla.
Outcome	Prevenzione degli infortuni nei bambini e promozione della loro salute
Risultati	Le donne nel gruppo libri educativi hanno costantemente risposto ad una maggiore percentuale di domande in modo corretto rispetto a quelli degli altri 2 gruppi. Le differenze dimostrano che, in media, le madri nel gruppo libri educativi ha segnato 7 punti percentuali (95% intervallo di confidenza [CI]: 4.0-10.1) più elevati rispetto a quelli del gruppo senza libri (p <0,001), e 7,2 punti percentuali (CI: 4.2-10.3) superiori rispetto a quelli del gruppo libri non educativi (P <0,001).
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio economico
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Sì. L'inserimento di materiale educativo in libri per bambini è un modo efficace per aumentare la conoscenza delle nuove madri per la prevenzione degli infortuni e per il sano sviluppo nel primo anno di vita del bambino. Questi risultati sono promettenti, perché i libri educativi del bambino potrebbero facilmente essere diffusi durante le visite pediatriche, in aggiunta ai programmi come Reach Out and Read, spediti alle famiglie, e offerti attraverso programmi di assistenza e di comunità pubbliche, fornendo in tal modo le opportunità educative per le famiglie che non fanno visitare regolarmente i figli o i cui pediatri non forniscono indicazioni su questi argomenti
Note	

16. Riedy, 2015

Titolo	Dental attendance among low-income women and their children following a brief motivational counseling intervention: A community randomized trial
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Donne che parlano la lingua inglese, hanno oltre 15 anni di età, sono al 1° o 2° trimestre di gravidanza e sono idonee a ricevere il programma Medicaid. Risiedono in 4 contee rurali dell'Oregon (Douglas, Jefferson, Josephine, e Lincoln). Le partecipanti sono clienti presso i dipartimenti di salute pubblica e sono state reclutate dallo staff dei dipartimenti o dai counselor del programma Baby Smiles.
Numerosità del campione	400 donne incinte sono allocate in modo random ad uno dei 4 gruppi: 1) counseling motivazionale prenatale seguito da counseling motivazionale postnatale; 2) counseling motivazionale prenatale seguito educazione sanitaria postnatale; 3) educazione sanitaria prenatale seguita da counseling motivazionale postnatale; 4) educazione sanitaria prenatale seguita da educazione sanitaria postnatale.
Setting	Setting sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	“Baby Smiles” sperimenta un breve intervento di counseling motivazionale per aumentare la frequenza delle visite dal dentista tra donne a basso reddito residenti in comunità rurali e i loro bambini. Inoltre è condotta un'analisi sulla minimizzazione dei costi per comparare il costo efficacia del breve intervento di counseling motivazionale con un intervento di educazione sanitaria e capire le implicazioni che, in termini di costi, implica l'implementazione di questo approccio.
Intervento/attività prevista	L'intervento di counseling motivazionale include protocolli scritti e esempi videoregistrati di vita reale per guidare la discussione e garantire fedeltà al programma. L'intervento di counseling motivazionale prevede anche un piano scritto da compilare a cura dei partecipanti e da portare a casa dopo la sessione. Sono parte dell'intervento telefonate di follow-up per controllare i piani dei partecipanti, raccogliere problemi e verificare la disponibilità a prenotare una visita dal dentista, se non è già stata prenotata. L'intervento di counseling motivazionale pre e postnatale viene effettuato di persona dal counselor rispettivamente dopo l'arruolamento e la valutazione alla baseline e a nove mesi dal parto. L'intervento di educazione sanitaria prevede la fornitura di materiale educativo sia prima che dopo il parto. Il counselor svolge nelle comunità un ruolo di orientamento e guida.
Outcome	Gli interventi pre e postnatali, le valutazioni al follow-up a 3 mesi e 15 e 18 mesi dopo il parto includono anche un'indagine circa i due interventi, counseling motivazionale e educazione sanitaria. I partecipanti allo studio ricevono incentivi vari un buono acquisto di circa \$80, un omaggio per il bebè, dentifricio e spazzolini per mamme e bambini. Outcome primario è la frequenza di visite dentistiche per la mamma e per il bambino entro i 18 mesi di età.

Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, stato socio economico
Risultati	La frequenza materna è 92% nel gruppo di counseling prenatale e 94% nel gruppo di educazione sanitaria prenatale (RR ¼ 0.98; 95% CI ¼ 0.93e1.04). La frequenza dei bambini è 54% nel gruppo counseling postparto e 52% nel gruppo educazione sanitaria postparto (RR ¼ 1.03; 95% CI ¼ 0.82e1.28). In confronto ai dati a livello statale le frequenza è più alta in gravidanza per le mamme che partecipano allo studio e per i loro bambini di 2 anni.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Nessuno
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Si indirizza a famiglie a basso reddito
Note	L'intervento di counseling motivazionale non aumenta la frequenza dal dentista in confronto all'intervento di educazione sanitaria e costa di più la sua implementazione. La maggiore frequenza per i partecipanti allo studio può essere attribuita alla funzione di orientamento e guida svolta dal counselor. Nonostante le attese i partecipanti a Baby Smiles sono un gruppo di donne con un medio livello di istruzione e fortemente motivate a cercare assistenza. Le caratteristiche attese in una popolazione a basso reddito, l'ansia per il dentista, lo stress percepito e la scarsa qualità della salute orale sono basse. Per questo, con l'aiuto e la guida per prenotare le visite dal dentista la frequenza è alta.

17. Sandy, 2009

Titolo	Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Mamme con un'età media di 26 anni (range da 16 a 41 anni) di cui 88% nate fuori dagli USA, 87% sono di etnia dominicana, 4% portoricana, 2% messicana e 2% salvadoregna. Risiedono in un quartiere povero della città di New York e 36% parla la lingua inglese.
Numerosità del campione	Nell'ambito di un più ampio campione costituito da 588 famiglie partecipanti a Best Beginnings – programma di visite domiciliari per la prevenzione primaria (https://www.bestbeginnings.org.uk) – 281 donne (48%) sono ritenute idonee a partecipare allo studio se sono state reclutate in fase prenatale, non hanno abbandonato lo studio prima della nascita del bambino, hanno dato alla luce un solo bebè sano. 238 di queste mamme (85%) sono state intervistate sui metodi di alimentazione entro una settimana dalla nascita. Questo ultimo sottogruppo ha costituito il sottocampione analizzato nello studio.
Setting	Setting sanitario / comunità. Nei luoghi per reclutare il campione è in vigore WIC, il programma del Ministero dell'Agricoltura degli USA che fornisce cibo integrativo alle famiglie più povere. (https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic)
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Alimentazione allattamento e prevenzione dell'obesità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale; visite domiciliari
Obiettivo dello studio	Valutare l'efficacia di un intervento di educazione prenatale per aumentare i tassi di allattamento al seno in un campione urbano e a basso reddito principalmente costituito da immigrate dominicane
Intervento/attività prevista	Operatori sociali hanno effettuato l'intervento per le famiglie del gruppo di intervento e di controllo. Le famiglie del gruppo di intervento (137) hanno ricevuto i servizi previsti dal modello di visite domiciliari Healthy Families America (http://www.healthyfamiliesamerica.org/) – visite settimanali prenatali con azioni informativo educative per la gravidanza e azioni più specifiche di promozione dell'allattamento al seno. Il supporto specifico orientato all'allattamento al seno, da parte dell'operatore sociale, è continuato dopo la nascita, prima in ospedale e poi a casa. Il gruppo di controllo (101) ha ricevuto solo poche visite domiciliari nel periodo prenatale, senza alcuna strategia di promozione attiva dell'allattamento al seno. Gli operatori sociali, spesso della medesima etnia delle mamme e appartenenti alla stessa comunità hanno ricevuto un'opportuna formazione.
Outcome	Modalità di allattamento del neonato autoriferita dalle madri
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, etnia, livello di istruzione, status socio economico
Risultati	32% di madri esposte all'intervento riferiscono esclusivo allattamento al seno (EBF) nella prima settimana postparto (44/137), in confronto al 20% (20/101) di madri non esposte all'intervento. Pertanto l'associazione tra allattamento al seno esclusivo ed esposizione all'intervento prenatale è significativa.

Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	L'effetto positivo dell'intervento sull'EBF resta statisticamente significativo nonostante l'effetto negativo che l'assenza di una precisa fonte di reddito familiare ha sull'EBF.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento ha coinvolto donne principalmente di etnia ispanica e di basso livello socio economico.
Note	I risultati dell'RCT dimostrano che l'esposizione ad un intervento prenatale secondo il modello di visite domiciliari Healthy Families America, adeguato alla cultura dei destinatari, aumenta in modo significativo L'EBF autoriferito dalle mamme, durante la prima settimana dopo il parto, in una popolazione ispanica principalmente costituita da immigrati

18. Sege, 2015

Titolo	Medical-Legal Strategies to Improve Infant Health Care: A Randomized Trial
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Popolazione di etnia prevalentemente afroamericana; 93% sono mamme e una minoranza sono padri; età media 29 anni. Per metà delle famiglie si tratta del primo figlio; il reddito medio dei partecipanti comprende un range tra \$10 000 a \$30 000 e il 36% ha un reddito di \$10 000 o inferiore, 59% sono disoccupati.
Numerosità del campione	330 famiglie (163 famiglie assegnate al gruppo di controllo e 167 famiglie al gruppo di intervento). Non ci sono differenze significative tra interventi e controlli.
Setting	Setting sanitario – clinica pediatrica di assistenza di base presso ospedale universitario urbano dove 83% dei bambini sono coperti dal programma Medicaid che offre assistenza sanitaria gratuita
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Descrivere gli outcome di un RCT su un nuovo approccio per migliorare le cure di neonati e delle loro famiglie, il progetto Project Developmental Understanding and Legal Collaboration for Everyone (DULCE). DULCE implementa l'approccio Strengthening Families – rafforzare le famiglie, migliorare lo sviluppo infantile e ridurre la probabilità di maltrattamento e abuso infantile - (per approfondimenti http://www.cssp.org/reform/strengtheningfamilies/about) nel contesto delle cure pediatriche di base, sviluppando un nuovo programma che mutua gli sforzi del modello evidence-based Healthy Steps – affiancare un specialista dello sviluppo infantile al team di sanitari pediatrici durante le visite pediatriche periodiche, a supporto dei bisogni delle famiglie - (per approfondimenti http://healthysteps.org/) e del modello Medical-Legal Partnership (MLP) – garantire assistenza legale per pazienti indigenti con un approccio integrato tra ambito sanitario e legale - (per approfondimenti http://medical-legalpartnership.org/). Il modello di intervento DULCE si focalizza sul periodo di tempo dalla nascita a 6 mesi di età del bambino.
Intervento/attività prevista	L'assistenza sanitaria infantile di qualità include visite pediatriche periodiche nel corso dei primi 15 mesi di vita, vaccinazioni infantili e visite al dipartimento di emergenza. DULCE ha sperimentato l'ipotesi che aggiungendo uno specialista di problemi famigliari (SF) previo addestramento al contesto dell'assistenza sanitaria infantile potrebbe essere di aiuto alle famiglie e favorire miglioramenti misurabili nella qualità dell'assistenza sanitaria. Le famiglie del gruppo di intervento DULCE sono assegnate ad un SF. L'intervento consiste di 3 tipi di contatto: (1) visite di routine con la famiglia, il pediatra e l'SF; (2) visite a domicilio da parte del SF; (3) contatto telefonico, tramite e-mail o individuale con l'SF. Per approfondimenti sul programma (http://www.bmc.org/Project-DULCE.htm). Il gruppo di controllo riceve un intervento sulla sicurezza infantile.
Outcome	Uso delle cure preventive – vaccinazioni, visite pediatriche periodiche - e di emergenza tratte dalla cartella clinica; indagini

	condotte alla baseline, dopo l'intervento nel corso della visita pediatrica al 6° mese, al follow quando il bambino ha compiuto l'anno di età servono per determinare le difficoltà incontrate dalla famiglia (per esempio carenza di cibo, abitazione precaria e insicura, impossibilità di pagare affitto o utenze) e i supporti concreti ricevuti.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, stato socio economico
Risultati	Alla baseline, 73% delle famiglie riferiscono difficoltà economiche. I genitori del gruppo di intervento hanno una media di 14 contatti con lo specialista di famiglia, 5 ore totali di tempo dedicato. I bambini del gruppo di intervento hanno maggiore probabilità di avere completato il loro programma di vaccinazioni semestrali entro 7 mesi di età (77% vs 63%) e entro 8 mesi (88% vs 77%). I bambini del gruppo di intervento hanno maggiore probabilità di avere effettuato 5 o più visite preventive di routine entro 1 anno di età (78% vs 67%) e hanno minore probabilità di avere visitato un pronto soccorso entro 6 mesi di età (37% vs 49.7%). DULCE ha accelerato l'accesso a risorse concrete.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Si indirizza a famiglie a basso reddito
Note	Avere partecipato al progetto DULCE ha migliorato la somministrazione e l'uso di cure preventive e accelerato l'accesso a supporti concreti per famiglie a basso reddito.

19. Yazejian, 2017

Titolo	Child ad Parenting outcomes After 1 Year of Educare
Paese	USA
Disegno dello studio	Studio sperimentale con gruppo di controllo
Popolazione considerata	Bambini con meno di 19 mesi.
Numerosità del campione	239 bambini
Setting	Comunità - A casa dei bambini, a scuola e presso centri infantili territoriali
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia di un intervento precoce (nei primi 19 mesi di vita) rispetto alla riduzione di disuguaglianze sociali nelle abilità linguistiche, allo sviluppo socio-emotivo e alle relazioni parentali.
Intervento/attività prevista	Due visite domiciliari, incontri specifici per genitori, attività svolte presso gli asili nido da insegnanti formati appositamente. Il progetto è stato condotto parallelamente in cinque diversi ambiti territoriali e scolastici, con operatori ed insegnanti formati però in modo uniforme.
Outcome	Sviluppo del linguaggio, sviluppo socio-emotivo, interazioni parentali.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio-economico, lingua
Risultati	Ad un anno dall'intervento, emergono: maggiori abilità linguistiche (sia espressive che di comprensione), minori problemi comportamentali, migliori interazioni con i genitori.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	I bambini provenienti da famiglie in cui in casa viene parlato prevalentemente spagnolo o un altro idioma, hanno mostrato un maggior sviluppo delle abilità linguistiche rispetto alla lingua inglese.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	L'intervento è stato ritenuto efficace nel ridurre le disuguaglianze linguistiche, socio-emotive e di interazione con i genitori legate all'appartenenza a famiglie con particolare povertà economica e linguistica.
Note	

20. Weisleder, 2016

Titolo	Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities
Paese	USA NY, W.D.C.
Disegno dello studio	RCT a tre bracci: VIP, BB, RRR
Popolazione considerata	diade madre-figli da campione di famiglie a basso reddito, immigrate di prima generazione, ispaniche e ad alto rischio di sviluppo di disadattamento psico-sociale (essere state vittime di violenza, non avere fissa dimora, essere iscritti nelle liste e ricevere assistenza dai servizi sociali, importanti difficoltà economiche, food insecurity (difficoltà a comporre un'alimentazione sana e completa), abitudine tabagica o uso di alcool durante la gravidanza.
Numerosità del campione	463 diadi arruolate post partum c/o ospedale pubblico
Setting	Setting sanitario / comunità - VIP: clinica e casa + assistenza usuale (au). BB: domicilio della famiglia (materiali postati) + (au). RRR: assist. usuale
Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione	Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Corsi di educazione prenatale e postnatale
Obiettivo dello studio	Determinare l'effetto della promozione della "genitorialità positiva" attraverso il gioco e la lettura ad alta voce sullo sviluppo socio-emozionale dei bambini (12-36 mesi) a basso livello socio-economico, immigrati di prima generazione.
Intervento/attività prevista	VIP: durante i controlli di salute: formazione frontale su interazione responsiva quotidiana, nel gioco e lettura (ROR, corrispondente al nostro Nati Per Leggere) filmata, feedback al genitore con revisione del video, informazioni e guide da portare a casa +usual care. BB: stesse informazioni (ROR/NPL) inviate per posta a casa, più tutti i servizi erogati di routine. RRR: nessun intervento in aggiunta ai servizi di routine. Controlli a 14 e 36 mesi. Buon metodo statistico.
Outcome	effetti positivi rilevati nel gruppo VIP in aspetti chiave dello sviluppo socio-emozionale a 14 e a 36 mesi, quali aumento dell'imitazione ed attenzione, riduzione dell'ansia da separazione, iperattività e problemi di esternalizzazione.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, etnia, occupazione, genere, status socio-economico, capitale sociale, età della madre, uso di alcol o di sostanze,
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	L'intervento è tanto più efficace tanto più la diade proviene da un contesto svantaggiato.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Sì
Note	

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 "Mozambique"[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

Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Meta-Analysis, Multicenter Study, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews, Validation studies, published November 2007 – December 2018, Only Human, All languages



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