



# **Prima infanzia e disuguaglianze**

## **1. Gli interventi di educazione prenatale e postnatale**



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

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



**SEPI - Servizio Epidemiologia Piemonte**

Via Sabaudia, 164 - 10095 (Grugliasco TO)

# Indice dei contenuti

- 5** > **Abstract**
- 6** > **Disuguaglianze di salute e prima infanzia**
- 10** > **Obiettivi del report**
- 11** > **Materiali e metodi**
- 13** > **Risultati**
- 20** > **Conclusioni e limiti**
- 21** > **Riferimenti bibliografici**
- 26** > **Caratteristiche degli studi inclusi**
- 73** > **Allegati**

# Prima infanzia e disuguaglianze:

## 1. Gli interventi di educazione prenatale e postnatale

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

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

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



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

# ABSTRACT

## Contesto

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

## Obiettivi

Valutare l'efficacia di interventi di 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

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

## Criteri di inclusione

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

## Risultati

Sono 27 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di educazione prenatale e postnatale, che prendono in esame gli effetti sulle disuguaglianze di salute; 23 studi riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario, 2 in quello di comunità, mentre 2 coinvolgono entrambi i setting e quindi operano in sinergia.

La maggioranza degli studi si indirizza a popolazioni che condividono più fattori PROGRESS Plus (20), il basso status socioeconomico è il fattore più rappresentato, solo (6 articoli) o in combinazione con altri fattori (16 articoli); anche l'etnia è un fattore molto rappresentato solo (1 articolo) o in combinazione (15 articoli), seguono il livello di istruzione e il luogo di residenza (rispettivamente 8 articoli e 7 articoli in cui sono sempre in combinazione con altri fattori). Infine spesso vengono presi in esame anche fattori Plus (sesso, età, dipendenza da fumo o sostanze, vittima di violenza, genitore single per citare i principali)

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, la quasi totalità degli studi (26 vs 27) 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. Un solo studio (**Muhajarine, 2012**) valuta un intervento prenatale universale: 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.

## 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; numerosi studi utilizzano modelli di intervento di gruppo anche con l'ausilio di social media e l'attivazione di reti territoriali, formali e non.

## DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E PRIMA INFANZIA

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

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

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

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

vasiva sui bambini. L'interazione del neonato con chi per primo se ne prende cura orienta lo sviluppo sociale ed emotivo futuro (Fox, 2010): l'indirizzo verso malattie che si svilupperanno nel tempo – obesità, patologie cardiache, malattia mentale – si determina molto presto, quando il bambino è ancora piccolo (Dyson, 2009). Anche gli outcome cognitivi subiscono un'influenza precoce, ed esiste una solida associazione tra allattamento al seno e competenze cognitive (Borra, 2012). Lo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale è, nel lungo termine, influenzato dalla qualità di un contesto familiare stimolante per l'apprendimento del bambino, fin dai suoi primi mesi di vita (Melhuish, 2008; Melhuish, 2010). Numerose prove scientifiche tratte dalla letteratura si sono focalizzate sulla qualità dell'attaccamento infantile: i bambini con forme di attaccamento insicuro hanno, nel corso della vita, maggiore probabilità di incontrare difficoltà sociali ed emotive e situazioni di violenza domestica (Dutton, 2006), maggiore probabilità di abuso di alcol e droghe e di interesse in relazioni sessuali molteplici e parallele (Walsh, 1992).

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

La salute mentale dei genitori gioca un ruolo chiave sugli esiti relativi ai bambini: i bambini di madri con problemi di salute mentale hanno una probabilità 5 volte maggiore di sviluppare problemi di salute mentale, in particolare difficoltà emotive e di comportamento (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 in un ambiente stimolante e sicuro e l'accesso ad un'assistenza di alta qualità e ad un'educazione precoce e tempestiva. I bambini che "iniziano" con le migliori premesse hanno la probabilità di riuscire bene a scuola, di ottenere un impiego ben pagato e di godere di benessere psicofisico in età adulta. I neonati che hanno mamme che in gravidanza fumano o bevono, che nascono sottopeso, soffrono per un attaccamento non sicuro, vivono in un ambiente povero di cultura e carente nel linguaggio, sono esposti a relazioni in cui sono frequenti scambi verbali improntati a durezza e ostilità e sono esclusi da un'educazione prescolare di elevata qualità, quando inizieranno la scuola si troveranno in condizioni di significativo svantaggio. Inoltre la scuola, nella misura in cui non interviene per mitigare le conseguenze di una prima infanzia povera e disagiata, può ampliare il divario.

## Early Child Development - ECD

Lo sviluppo precoce del bambino (Early Childhood Development - ECD) è un importante, se non il più importante, determinante sociale di salute. Questo periodo va dallo sviluppo prenatale all'età di 8 anni. Il tema della prima infanzia, nelle politiche e nei programmi, deve essere prioritario poiché è soprattutto in quei primi anni di vita che si gioca il benessere e la realizzazione delle

generazioni future. L'attenzione si deve rivolgere anche alle famiglie, perché supportare lo sviluppo precoce del bambino comporta agire in modo tempestivo fin dal concepimento.

Agire nella prima infanzia:

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

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

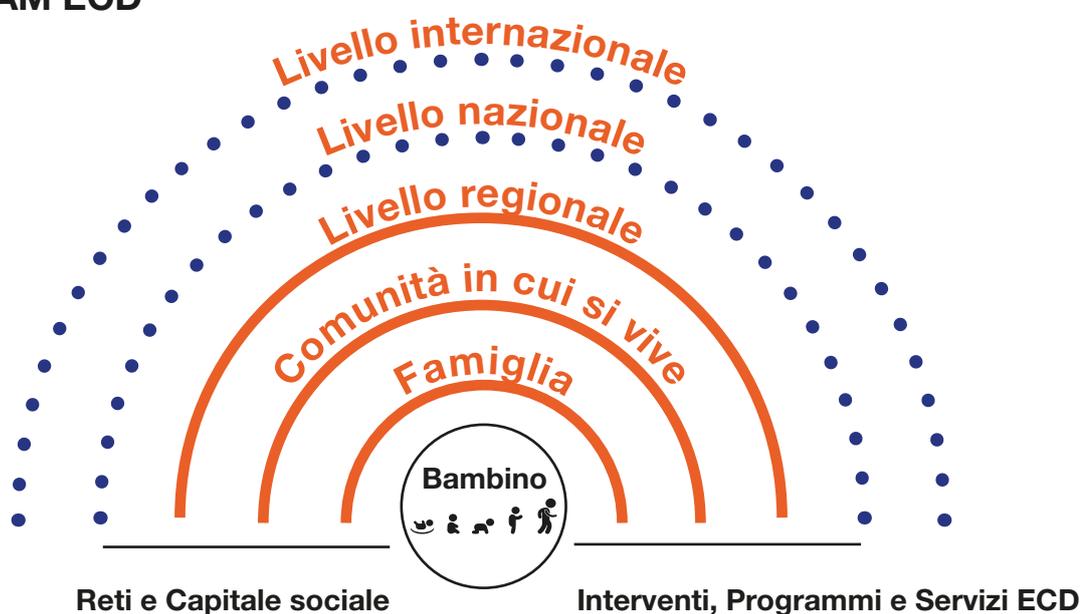
Esiste una solida evidenza che la condizione di deprivazione del quartiere in cui si vive, un più basso livello di reddito e ricchezza dei genitori, un più basso livello di istruzione, un più basso tipo di occupazione svolta, lo stato di disoccupazione dei genitori, un lavoro dei genitori che comporta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

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

**Figura 1. TEAM ECD**



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

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

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

pimento fino al terzo anno di vita. Il Nurturing Care Framework si contraddistingue dall'ECD per alcuni aspetti particolari:

- > l'ECD prende in considerazione lo sviluppo cognitivo, fisico, linguistico, motorio, sociale e emotivo del bambino tra il concepimento e gli 8 anni di vita, mentre il NCF ha come focus il periodo compreso tra il concepimento e i 3 anni di vita del bambino, a causa dell'estrema sensibilità di questo periodo rispetto allo sviluppo umano;
- > l'ECD raccoglie una serie di robuste evidenze scien-

tifiche a favore della criticità dei primi anni di vita, mentre il NCF traduce in termini operativi questo impianto teorico delineando in maniera chiara principi guida, obiettivi, azioni strategiche e modalità di monitoraggio dei progressi rispetto ad interventi in ambito di sviluppo infantile precoce.

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

- > *Lo sviluppo olistico del bambino.* Il NCF si fonda sul concetto che le cure fornite al bambino debbano “nutrirlo” su più piani, che includono non soltanto la cura materiale del corpo e della salute fisica, ma anche un’attenzione particolare alla componente emotiva, affettiva, educativa e culturale. Solo considerando in maniera integrata questi diversi apporti è infatti possibile promuovere la crescita del bambino incoraggiando la piena realizzazione del suo potenziale umano.
- > *La presa in carico comunitaria dello sviluppo infantile precoce (whole-of-government e whole-of-society).* Il NCF mette in evidenza come sia indispensabile una partecipazione e un impegno condiviso del governo nel suo insieme e della società nel suo insieme per promuovere una nurturing care per i bambini. In più parti del documento viene sottolineata l’importanza che le famiglie siano sostenute nel loro ruolo educativo dai servizi e dalle politiche presenti sul territorio. L’obiettivo primario che guida le azioni di intervento riguarda infatti la creazione di condizioni, da parte delle politiche pubbliche, che permettano alle comunità e ai caregiver di assicurare adeguata salute e nutrizione ai bambini e di proteggerli dai fattori di rischio, garantendo allo stesso tempo opportunità di apprendimento precoce, grazie a interazioni responsive ed emotivamente supportive.

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

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

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

A queste cinque componenti si associano cinque azioni strategiche:

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

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

Figura 2.

### Componenti della Nurturing Care



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

## OBIETTIVI DEL REPORT

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

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

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

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

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

# 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 in gravidanza.

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

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

Gli interventi inclusi devono avere effetti sulle disuguaglianze di salute. Perciò si focalizzano su: un approccio universale ma con un'analisi stratificata secondo uno o più fattori PROGRESS Plus;

un approccio per target che valuta gli effetti (benefici o danni) solo in popolazioni svantaggiate (per esempio popolazioni che soffrono condizioni di disuguaglianza per le loro caratteristiche, secondo uno o più fattori PROGRESS Plus);

un approccio secondo gap, che valuta le differenze negli effetti (benefici o danni) tra i gruppi più e meno avvantaggiati;

un approccio secondo gradiente, che valuta gli effetti (benefici o danni) sul gradiente dai gruppi più svantaggiati ai meno svantaggiati.

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

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

### Tipi di outcome

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

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

- > 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.

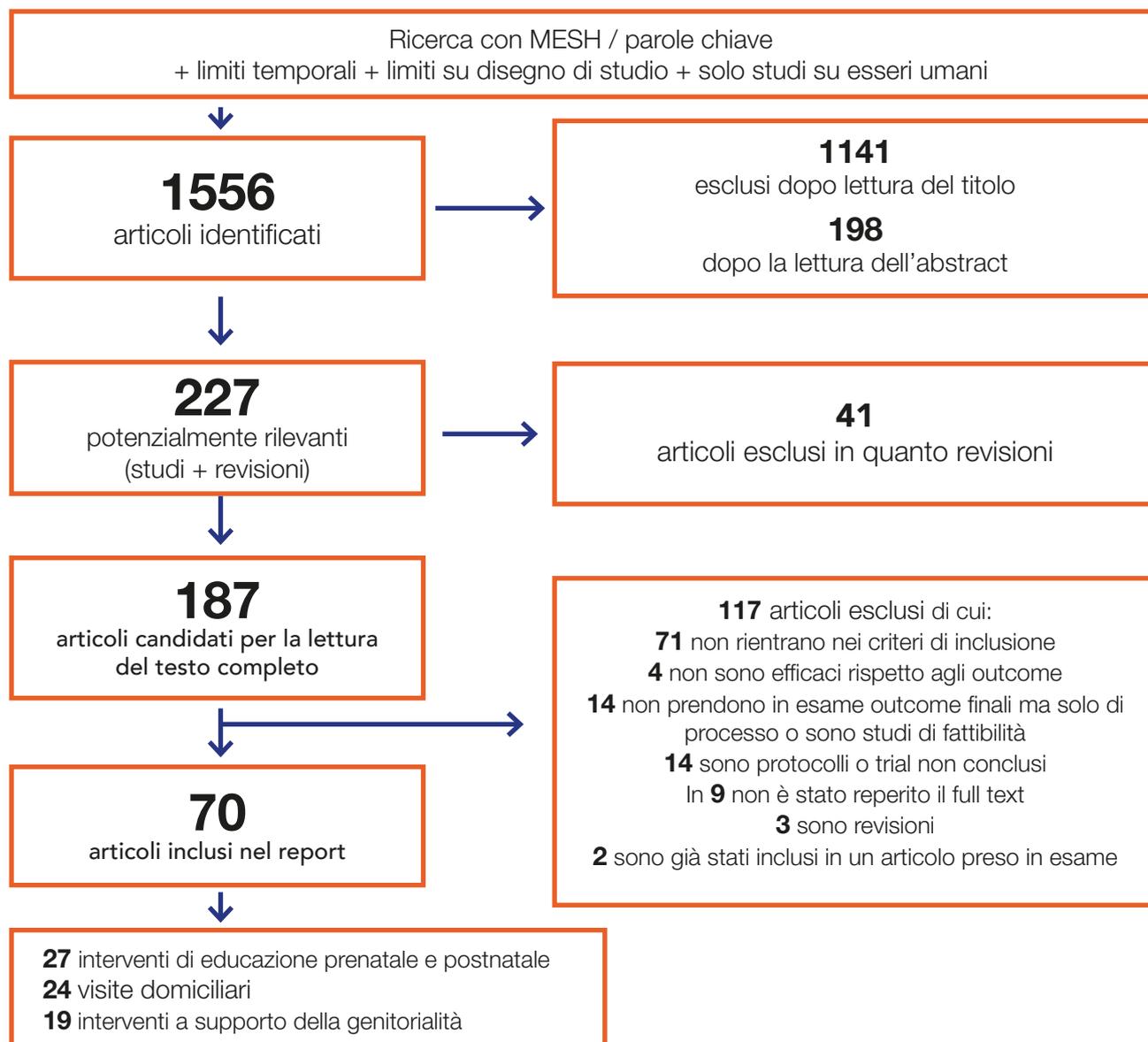
## RISULTATI

Dalla ricerca effettuata sono risultati 1556 articoli (data della ricerca 12 novembre 2018), riferiti complessivamente alle 4 tipologie di intervento – educazione prenatale e postnatale, visite domiciliari, interventi a supporto della genitorialità, interventi per la prevenzione della depressione postpartum -. Dopo una prima fase di screening degli articoli, in seguito alla lettura del titolo ne sono stati esclusi 1141 e 425 sono stati selezionati per la lettura dell'abstract. A seguito della lettura

dell'abstract dei 425 iniziali, 198 sono stati esclusi e 227 sono stati inclusi per essere letti integralmente. Tuttavia di questi 227 articoli, 41 sono revisioni per cui non vengono prese in considerazione e 187 sono gli articoli candidati alla lettura del testo completo. A seguito della quale 117 articoli sono stati esclusi e 70 inclusi (Figura 3).

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

**Figura 3. PRISMA flow chart**



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

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

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 svolti sia in gruppo che individualmente e sono finalizzati a preparare, informare e supportare i genitori rispetto questioni pratiche e relazionali relative a: gravidanza, nascita, nuovo ruolo genitoriale. 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 genitoriale.

Il report include inoltre interventi di stampo educativo postnatali, rivolti a singoli individui o a gruppi in ambito ospedaliero o di comunità, che ci concentrano sulla salute generale e sulla cura del neonato e sulla relazione genitore-neonato.

### Descrizione degli studi inclusi

Sono 27 gli studi inclusi nel report relativi ad interventi di educazione prenatale e post natale, che prendono in esame la questione delle disuguaglianze di salute. Riguardo alla provenienza geografica, 24 sono stati realizzati negli USA (**Bullock, 2009; Cena, 2008; Cocker, 2016; Cramer 2007; Dunlop, 2008; El Mohandes, 2011; El Mohandes, 2010; Gilmore, 2017; Ficks, 2017; Hale, 2014; Humphreys, 2011; Jesse, 2010; Livingood, 2009; Machuca, 2016; Phelan, 2017; Picklesimer, 2012; Reich, 2011; Reich, 2010; Sandy, 2009; Sege, 2015; Silverstein, 2011; Tandon,**

**2013; Tandon, 2011; Urizar, 2011**), 2 in Canada (**Benediktsson, 2013; Muhajarine, 2012**), uno in Francia (**Azria, 2011**).

### I partecipanti

Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, la maggioranza degli studi si indirizza a popolazioni che condividono più fattori PROGRESS Plus (20) e il basso status socioeconomico è il fattore più rappresentato, solo (6 articoli) o in combinazione con altri fattori (16 articoli); anche l'etnia è un fattore molto rappresentato solo (1 articolo) o in combinazione (15 articoli), seguono il livello di istruzione e il luogo di residenza (rispettivamente 8 articoli e 7 articoli in cui sono sempre in combinazione con altri fattori). Infine spesso vengono presi in esame anche fattori Plus (sesso, età, tabagismo, dipendenza da altre sostanze, violenza domestica, genitore single per citare i principali).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, la quasi totalità degli studi (26 vs 27) adotta un approccio per target, solo uno studio riguarda un intervento universale (**Muhajarine, 2012**).

Sono le donne in gravidanza (13 articoli - **Azria 2011; Benediktsson 2013; Bullock 2009; El Mohandes 2011; El Mohandes 2010; Ficks 2017; Humphreys 2011; Jesse 2010; Mahajarine 2012; Picklesimer 2012; Sandy 2009; Tandon 2013; Urizar 2011**) o che hanno appena partorito / hanno un neonato di alcuni mesi (10 articoli - **Cramer, 2007; Dunlop, 2008; Gilmore, 2017; Hale, 2010; Livingood, 2009; Phelan, 2017; Reich, 2011; Reich, 2010; Silverstein, 2011; Tandon, 2011**), la popolazione destinataria di gran parte degli studi, uno studio è indirizzato a donne nella fase preconcezionale (**Cena, 2008**), 2 sono gli interventi indirizzati alla diade mamma bambino (**Cocker, 2016; Machuca, 2016**), uno studio alla famiglia (**Sege, 2015**).

### Disegno di studio

I 27 studi hanno differenti disegni. 16 sono studi randomizzati controllati (**Bullock, 2009; Cena, 2008; Cocker, 2016; El Mohandes, 2011; El Mohandes, 2010; Ficks, 2017; Gilmore, 2017; Humphreys, 2011; Phelan, 2017; Reich, 2011; Reich, 2010; Sandy, 2009; Sege, 2015; Silverstein, 2011; Uri-**

zar, 2011; Tandon, 2011), 3 studi retrospettivi (Azria, 2011; Hale, 2014; Picklesimer, 2012), 5 studi pre-post con gruppo di controllo (Jesse, 2010; Livingood, 2009; Machuca, 2016; Muhajarine, 2012; Tandon, 2013), 2 studi di coorte (Benediktsson, 2013; Dunlop, 2008), uno studio valutativo che adotta un disegno descrittivo comparativo (Cramer, 2007).

## Il contesto

In riferimento al contesto, la netta maggioranza di studi si svolge in ambito sanitario, trattandosi principalmente di interventi di preparazione e accompagnamento alla gravidanza e alla nascita. Sono infatti 23 gli studi che riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario (Azria, 2011; Benediktsson, 2013; Bullock, 2009; Cena, 2008; Cocker, 2016; Dunlop, 2007; El Mohandes, 2011; El Mohandes, 2010; Ficks, 2017; Gilmore, 2017; Hale, 2014; Humphreys, 2011; Jesse, 2010; Livingood, 2009; Machuca, 2016; Phelan, 2017; Reich, 2011; Reich, 2010; Sege, 2015; Silverstein, 2011; Tandon, 2013; Tandon, 2011; Urizar, 2011), solo 2 in quello di comunità (Cramer, 2007; Muhajarine, 2012), mentre 2 coinvolgono entrambi i setting, che quindi operano in sinergia (Picklesimer, 2012; Sandy, 2009). 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.

## Gli aspetti chiave di salute

La preparazione e il supporto alla nascita (6 studi – Azria, 2011; Cramer, 2007; Dunlop, 2008; El Mohandes, 2011; El Mohandes, 2010; Picklesimer, 2012) e il benessere psicosociale dei futuri genitori / genitori – include anche stili di vita sani – (9 studi - Benediktsson, 2013; Bullock, 2009; Cena, 2008; Gilmore, 2017; Jesse, 2010; Phelan, 2017; Silverstein, 2011; Tandon, 2011; Urizar, 2011) sono i 2 aspetti maggiormente rappresentati negli interventi di educazione prenatale e postnatale. Seguono 4 studi sulla sicurezza e sulla protezione del bambino (Cocker, 2016; Reich, 2011; Reich, 2010; Sege, 2015), 2 articoli che si indirizzano agli aspetti dell'allattamento

/ prevenzione dell'obesità infantile (Machuca, 2016; Sandy, 2009), 1 articolo alla violenza domestica nel rapporto di coppia (Humphreys, 2011). Infine 5 studi riguardano interventi indirizzati contemporaneamente a più fattori chiave (Ficks, 2017; Hale, 2014; Livingood, 2009; Muhajarine, 2012; Tandon, 2013) 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. Sono assenti invece 2 aspetti chiave, centrali negli interventi a sostegno della genitorialità: il supporto alla genitorialità e lo sviluppo cognitivo, sociale ed 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

<b>Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile</b>	<b>9</b>	Benediktsson 2013, Bullock 2009, Cena 2008, Gilmore 2017, Jesse 2010, Phelan 2017, Silverstein 2011, Tndon 2011, Urizar 2011
<b>Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore</b>	<b>6</b>	Azria 2011, Cramer 2007, Dunlop 2008, El Mohandes 2011, El Mohandes 2010, Picklesimer 2012
<b>Violenza domestica nel rapporto di coppia</b>	<b>1</b>	Humphreys 2011
<b>Sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>4</b>	Coker 2016, Reich 2011, Reich 2010, Sege 2015
<b>Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</b>	<b>2</b>	Machuca 2016, Sandy 2009
<b>Sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>4</b>	Coker 2016, Reich 2011, Reich 2010, Sege 2015
<b>Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</b>	<b>2</b>	Machuca 2016, Sandy 2009
<b>Compresenza di più fattori chiave</b>		
<b>Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore + sicurezza e protezione del bambino</b>	<b>2</b>	Hale 2014, Tandon 2013
<b>Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile + alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</b>	<b>2</b>	Livingood 2009, Muhajarine 2012
<b>Preparazione e supporto alla nascita + Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori</b>	<b>1</b>	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 socio-economico; 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**).

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.

Quattro studi (**Benediktsson, 2013; Hale, 2013; Picklesimer, 2012; Tandon, 2013**) 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.

Tre studi hanno come target donne incinte che fumano. Due studi (**El Mohandes, 2011; El Mohandes, 2010**) dimostrano che un intervento che adotta un approccio cognitivo comportamentale e si indirizza agli stili di vita della donna in gravidanza (fumo) e alla sua salute psicosociale (depressione), ha un impatto positivo su alcuni esiti di salute del bambino alla nascita (basso peso, nascita pretermine), in un campione di donne afroamericane. Uno studio (**Bullock, 2009**) valuta l'efficacia di un intervento educativo che prevede anche un supporto sociale individualizzato, da parte di personale infermieristico: tra i partecipanti, chi ha completato tutto il programma registra tassi di astinenza dal fumo un poco superiori (+4%). Tuttavia ciò che risulta davvero efficace è il controllo periodico, effettuato a domicilio a tutti i partecipanti, in cui viene monitorato, con prelievi di saliva, lo stato di fumatrici delle donne in gravidanza (che vivono isolate in comunità rurali, in condizioni di basso reddito). L'occasione della visita domiciliare da parte di infermiere incaricate, consente di valutare eventuali situazioni di stress, il supporto alla madre da parte del partner e della famiglia, la presenza di fattori di rischio per la depressione post-partum e l'eventuale presenza di violenza domestica.

Due studi (**Dunlop, 2008, Livingood, 2009**) valutano interventi realizzati nel periodo integravanzanza, ovvero nel periodo che intercorre tra una gravidanza e la successiva, considerato periodo critico in riferimento a gravidanze troppo ravvicinate. Agire in un periodo spesso trascurato negli interventi di educazione prenatale è importante rispetto ad alcuni esiti inerenti la salute fisica del neonato – nascite premature e neonati

sottopeso – e anche per garantire il benessere della mamma.

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 stato effettuato tramite 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 universale utilizzato 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. Lo studio di **Muhajarine (2012)** conduce un'analisi stratificata secondo livelli socioeconomici e mostra alcune variazioni nei gruppi sociali, indicando che i risultati non sono equamente distribuiti tra tutti i gruppi considerati.

Otto studi si indirizzano ad interventi esclusivamente di educazione postnatale. Due studi sottolineano l'efficacia di 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**).

Uno studio coinvolge anche la figura del papà e prevede di affiancare uno specialista nella gestione delle dinamiche 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**).

Due studi sono dedicati a nuovi modelli di cure primarie. Uno studio (**Cocker, 2016**) esamina gli effetti di un nuovo modello per le visite pediatriche tradizionali anche note come bilanci di salute (Well Child Care – WCC), il modello Parent-focused redesign for encounters, newborns to toddlers (PARENT) rispetto alla qualità dei servizi offerti e all'uso dell'assistenza sanitaria da

parte di famiglie a basso reddito. Il modello PARENT, tra le altre componenti, prevede la presenza di un coach esperto, per addestrare e guidare i genitori: lo studio dimostra come la guida di un esperto, può, in famiglie a basso reddito, migliorare l'assistenza pediatrica ricevuta e potenzialmente comportare un risparmio, riducendo l'uso dei servizi di emergenza. 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 nutrizione e alla 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.

Infine alcuni studi più recenti hanno valutato l'uso dei social media a supporto di interventi educativi indirizzati alle mamme. Lo studio **Ficks del 2018** valuta l'efficacia di un gruppo facebook gestito da esperti e 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. In altri due studi – orientati ad interventi che supportano stili di vita salutari - 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**).

4 studi (**Jesse, 2010; Urizar, 2011; Silverstein, 2011; Tandon, 2011**) illustrano interventi per la prevenzione della depressione prenatale e postnatale materna, sottolineandone l'efficacia. Lo studio **Jesse nel 2010** ha valutato la fattibilità e l'efficacia di "Insight-Plus", un breve intervento cognitivo-comportamentale, culturalmente su misura, per donne in fase prenatale, a basso reddito, afro-americane e caucasiche a rischio di APD (antepartum depression). Tra le partecipanti a tutte le 6 sessioni dell'intervento, il 94 % riferisce, nelle inter-

viste post intervento, un tasso di recupero prenatale pari all'81%. Lo studio **Silverstein** del **2011** illustra l'efficacia di una strategia di Problem Solving Education per la prevenzione delle depressione, in un campione di mamme a basso reddito di neonati prematuri: i dati indicano che la Problem Solving Education è una strategia promettente – nel periodo di follow-up, solo il 24 % delle mamme che hanno ricevuto l'intervento di Problem Solving Education ha sperimentato un episodio di sintomi moderatamente gravi di depressione, contro il 44% del gruppo di controllo che non ha ricevuto l'intervento -. Infine lo studio **Urizar** del **2011** ha esaminato gli effetti di un intervento cognitivo comportamentale per gestire lo stress di donne incinte e con un basso stato socio economico: i risultati dimostrano che insegnare in gravidanza strategie di gestione dello stress è efficace nel regolare i livelli di cortisolo materno e infantile fino a 18 mesi dopo il parto, in particolare tra le donne con una storia passata di depressione o tra le madri più giovani.

Lo studio **Tandon 2011** valuta l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale di 6 settimane per prevenire la depressione perinatale e ridurre i sintomi depressivi tra le donne a basso reddito. Il gruppo di intervento riceveva l'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo e il gruppo di controllo una visita domiciliare abituale. Le sedute di intervento sono state guidate da un assistente sociale clinico autorizzato o da uno psicologo clinico. Sono stati misurati i sintomi depressivi Con il Beck Depression Inventory-II ed episodi di depressione maggiore sono stati misurati con il Maternal Mood Screene. I risultati sono stati valutati alla baseline, a 1 settimana e 3 mesi post-intervento. Le pazienti a rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore che hanno ricevuto l'intervento, hanno dimostrato una diminuzione dei sintomi depressivi alla baseline, a 1 settimana dell'intervento, con un'ulteriore riduzione dei livelli a 3 mesi dopo l'intervento.

Queste riduzioni sono state statisticamente significative rispetto a coloro che hanno ricevuto servizi standard di visita a domicilio e informazioni sulla depressione perinatale.

## 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 stes-

se. Il solo studio che valuta un intervento universale (Muhajarine 2012) e conduce un'analisi stratificata secondo livelli socioeconomici, dimostra che i risultati dell'intervento non sono equamente distribuiti tra tutti i gruppi considerati.

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

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.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

### Riferimenti bibliografici degli 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

#### Bullock 2009

Bullock L, Everett KD, Dolan Mullen P, Geden E, Longo DR, Madsen R. Baby BEEP: A randomized controlled trial of nurses' individualized social support for poor rural pregnant smokers. *Maternal Child Health J* 2009; 13; 395-406.

#### 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

#### Cocker 2016

Coker TR, Chacon S, Elliott MN, et al. A Parent Coach Model for Well-Child Care Among Low-Income Children: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2016; 137(3): e20153013.

#### 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

#### Dunlop 2008

Dunlop AL, Dubin C, Raynor BD, Bugg GW Jr, Schmotzer B, Brann AW Jr. Interpregnancy primary care and social support for African-American women at risk for recurrent very-low-birthweight delivery: a pilot evaluation. *Matern Child Health J.* 2008 Jul; 12(4): 461-8. Epub 2007 Aug 22

#### El-Mohandes 2011

El-Mohandes AA, Kiely M, Gantz MG, El-Khorazaty MN. Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. *Matern Child Health J.* 2011 Jan; 15(1): 19-28

#### El-Mohandes 2010

El-Mohandes AA, Kiely M, Blake SM, Gantz MG, El-Khorazaty MN. An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics.* 2010 Apr; 125(4): 721-8

#### 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.

### **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): 50e1-7.

### **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.

### **Jesse 2010**

Jesse DE, Blanchard A, Bunch S, Dolbier C, Hodgson J, Swanson MS. A pilot study to reduce risk for antepartum depression among women in a public health prenatal clinic. *Issues Ment Health Nurs*. 2010 May; 31(5): 355-64.

### **Livingood 2010**

Livingood WC, Brady C, Pierce K, Atrash H, Hou T, Bryant T 3rd. Impact of pre-conception health care: evaluation of a social determinants focused intervention. *Matern Child Health J*. 2010 May; 14(3): 382-91

### **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

### **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.

### Silverstein 2011

Silverstein M1, Feinberg E, Cabral H, Sauder S, Egbert L, Schainker E, Kamholz K, Hegel M, Beardslee W. Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Aug;14(4): 317-24.

### Tandon 2013

Tandon SD, Cluxton-Keller F, Colon L, Vega P, Alonso A. Improved adequacy of prenatal care and healthcare utilization among low-income Latinas receiving group prenatal care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Dec; 22(12): 1056-61

### Tandon 2011

Tandon SD, Perry DF, Mendelson T, Kemp K, Leis JA. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Oct; 79(5): 707-12.

### Urizar 2011

Urizar GG, Munoz RF. Impact of a Prenatal Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention on Salivary Cortisol Levels in Low-Income Mothers and their Infants. *Psychoneuroendocrinology*. 2011; 36(10): 1480-1494.

## 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, Raggazoni P, Scarponi S. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Grugliasco: DoRS, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, INMP, 2016. <http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2892>

### Coleman 2009

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

### Commissione Europea 2009

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

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

### Dutton 2006

Dutton DG, Corvo K. Transforming a flawed policy: a call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior* 2006; 11(5):457-483

### Dyson 2009

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

### Review, 2009

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

### Fox 2010

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

### Huntsinger 2004

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

### Irwin 2007

Irwin LG, Arjumand Siddiqi RN, Hertzman C. Early Child Development: A powerful equalizer Final report for the World Health Organization's Commission on the social determinants of health, 2007.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>

### Jensen 2013

Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Who Regional Office for Europe, 2013 ,

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf)

### Kavanagh 2008

Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections in developing and using PROGRESS-Plus. Equity update. [http://www.equity.cochrane.org/Files/Equity Update`Vol2`Issue1.pdf](http://www.equity.cochrane.org/Files/Equity%20Update%20Vol2%20Issue1.pdf), 2008; Vol. 2:1–3

### Marinacci 2014

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

### Marmot Review Team 2010

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

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

### Marmot 2008

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

### Marmot 2006

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

### McWilliams 2010

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

### Melhuish 2008

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

### Melhuish 2010

Melhuish EC. Why children, parents and home learning are important. In: Sylva K et al., eds. Early childhood matters: evidence from the effective pre-school and primary education project. London, Routledge, 2010

### **Meltzer 2003**

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

### **Oliver 2008**

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

### **Pillas 2014**

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

### **Siddiqi 2007**

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

### **Tugwell 2006**

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

### **Tugwell 2010**

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

### **Walsh 1992**

Walsh A. Drug use and sexual behaviour: users, 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> b

# CARATTERISTICHE DEGLI STUDI

## 1. Azria, 2011

<b>Titolo</b>	Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network
<b>Paese</b>	Francia
<b>Disegno dello studio</b>	Studio retrospettivo osservazionale
<b>Popolazione considerata</b>	Donne nel primo trimestre di gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	
<b>Setting</b>	Setting sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	L'articolo non descrive l'intervento nel dettaglio
<b>Outcome</b>	Numero di ecografia nel primo trimestre di gravidanza e qualità immagine translucenza nucale (nt)
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico, livello di istruzione, luogo di residenza
<b>Risultati</b>	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.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento è stato realizzato in un'area della Francia a nord di Parigi particolarmente deprivata.
<b>Note</b>	

## 2. Benediktsson, 2013

<b>Titolo</b>	Comparing CenteringPregnancy® to standard prenatal care plus prenatal education.
<b>Paese</b>	Canada
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte prospettico (dati raccolti tramite survey)
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	106 donne nel gruppo CenteringPregnancy® e 619 nel gruppo di Prenatal Education
<b>Setting</b>	Setting sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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 <a href="https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy">https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy</a>
<b>Outcome</b>	Indicatori di salute mentale (stress, ansia, depressione)
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio economico, livello di istruzione
<b>Risultati</b>	Riduzione delle disuguaglianze sociali negli outcome di salute considerati
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	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.
<b>Note</b>	

### 3. Bullock, 2009

<b>Titolo</b>	Baby BEEP: A randomized controlled trial of nurses' individualized social support for poor rural pregnant smokers.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza abitanti uno stato del Midwest che frequentano cliniche rurali in cui sono attivi servizi del programma di sussidio federale WIC e con le seguenti caratteristiche: fumatrici, almeno 18 anni di età, meno di 24 settimane di gestazione. Le donne vengono seguite da quando sono arruolate nello studio fino a 6 settimane dopo il parto.
<b>Numerosità del campione</b>	695 partecipanti sono state reclutate per partecipare allo studio, distribuite in 4 gruppi, 3 di intervento (170, 175 e 179) e uno di controllo (171).
<b>Setting</b>	Sanitario - cliniche rurali del Midwest dove è in vigore il programma di sussidio federale WIC
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Obiettivo primario dello studio è testare l'efficacia di un intervento di supporto sociale individualizzato (Baby BEEP) - e di 8 opuscoli per smetter di fumare in gravidanza, inviati tramite posta con periodicità settimanale singolarmente e in combinazione all'intervento di supporto sociale, per indurre a smettere di fumare donne incinte provenienti da un contesto rurale e a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>- Supporto sociale da parte di personale infermieristico in gravidanza. L'intervento Baby BEEP consiste in una telefonata settimanale programmata e nella possibilità, per la donna incinta, di mettersi in contatto con un'infermiera 24 ore su 24, per ricevere supporto sociale. Il messaggio per smettere di fumare è solo il focus secondario delle telefonate e viene espresso esplicitamente solo quando l'infermiera sente che la donna lo potrà recepire.</p> <p>- Otto opuscoli costituiscono il programma "Stop Smoking! A Special Program for Pregnant Women" adattato e semplificato per essere letto da chi ha un livello di istruzione pari alla scuola secondaria di primo grado (scuola media inferiore). Per lo studio Baby BEEP il primo opuscolo viene dato alle donne durante la visita per il reclutamento senza alcuna azione di counseling e gli altri 7 opuscoli sono spediti via posta a cadenza settimanale.</p> <p>Lo studio prevede tre gruppi di intervento e un gruppo di controllo:                      primo gruppo di intervento: supporto sociale telefonico + gli 8 opuscoli inviati tramite posta (170 all'inizio, poi 117 completano tutto il programma e i follow-up);</p>

	<p>secondo gruppo di intervento: supporto sociale telefonico senza gli 8 opuscoli (175 all'inizio, poi 117 completano tutto il programma e i follow-up);</p> <p>terzo gruppo d'intervento: gli 8 opuscoli (179 all'inizio, poi 123 completano tutto il programma e i follow-up);</p> <p>il gruppo di controllo oltre alle cure per la gravidanza riceve solo un opuscolo dell'American heart association "Quit smoking for good" (171 all'inizio, poi 119 completano tutto il programma e i follow-up).</p> <p>A tutti i partecipanti allo studio ogni mese verrà effettuato, o a domicilio o in altro luogo convenuto, il prelievo di un campione di saliva per misurare la loro esposizione al fumo di tabacco. Inoltre saranno sottoposte a 2 interviste, al primo follow-up (ottavo mese di gravidanza) e al secondo follow-up (6 settimane dopo il parto).</p>
<b>Outcome</b>	Outcome primari: prevalenza di astinenza dal fumo (cotinina < 30 ng/ml) nella tarda gravidanza e dopo il parto.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico, partner che fuma
<b>Risultati</b>	Un'analisi intent-to-treat, cioè che ha preso in considerazione tutti i partecipanti, anche quelli che non hanno completato i vari step del programma non dimostra differenze tra i gruppi di intervento (17-22%, gli astinenti all'ottavo mese di gravidanza; 11-13.5% gli astinenti 6 settimane dopo il parto), e nessuna differenza con i controlli (17% gli astinenti all'ottavo mese di gravidanza ; 13% gli astinenti 6 settimane dopo il parto). L'analisi limitata solo a chi ha completato tutto il programma suggerisce 4% di vantaggio per i gruppi di intervento sui controlli nel produrre donne astinenti dal fumo nel corso della gravidanza. Avere un partner che fuma non ha effetti sull'astinenza nella fase finale della gravidanza, ma ha effetti pronunciati nella fase post parto.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target: l'intervento si indirizza a donne che vivono in condizioni di isolamento geografico e con basso reddito.
<b>Note</b>	Gli alti tassi di astinenza nel gruppo di controllo indicano l'importanza di un intervento che monitora periodicamente, con prelievi di saliva, lo stato di fumatrici delle donne in gravidanza (che vivono isolate in comunità rurali, in condizioni di basso reddito) e che prevede, da parte di infermiere incaricate, visite a domicilio per il prelievo, che diventano occasione per valutare la situazione di stress, di supporto da parte del partner e della famiglia, di depressione e di eventuale violenza domestica. Questi elementi uniti all'invio di opuscoli hanno la stessa efficacia di interventi più intensi (telefonate settimanali e possibilità di contattare un'infermiera 24 ore al giorno).

## 4. Cena, 2008

<b>Titolo</b>	Learner-centered nutrition education improves folate intake and food-related behaviours in nonpregnant, low-income women of childbearing age.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne residenti in 5 contee della California - Fresno, San Diego, Sonoma, Shasta e Trinity - non in stato di gravidanza, 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.
<b>Numerosità del campione</b>	155 donne, 77 assegnate al gruppo di intervento e 78 al gruppo di controllo.
<b>Setting</b>	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.
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Cambiamento nell'assunzione di acido folico e di altri comportamenti relativi al cibo

<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico
<b>Risultati</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento è indirizzato a donne a basso reddito
<b>Note</b>	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.

## 5. Cocker, 2016

<b>Titolo</b>	A Parent Coach Model for Well-Child Care Among Low-Income Children: A Randomized Controlled Trial
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT non in cieco allocati in 2 bracci: PARENT (gruppo di intervento) e Well Child Care (WCC) (gruppo di controllo).
<b>Popolazione considerata</b>	diade madre-figli* età < 12 mesi / basso reddito.
<b>Numerosità del campione</b>	251 partecipanti
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Esaminare gli effetti di un nuovo modello per le visite pediatriche tradizionali anche note come bilanci di salute (Well Child Care – WCC), il modello Parent-focused redesign for encounters, newborns to toddlers (PARENT) rispetto alla qualità dei servizi WCC e all’uso dell’assistenza sanitaria da parte di famiglie a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>PARENT include 4 componenti che sono l’esito di un processo di coinvolgimento di stakeholder – rappresentanti dei genitori, pediatri, assistenti sanitari -: (1) un coach per addestrare i genitori (per esempio un educatore sanitario) e fornire una guida preventiva, un servizio di screening ed eventuale rinvio, una guida indirizzata a questioni di sviluppo e comportamenti e uno screening ad ogni visita pediatrica; (2) uno strumento web per effettuare uno screening pre-visita; (3) un servizio di messaggi di testo sul tema della salute specifici per l’età, indirizzati alle famiglie; (4) un breve incontro con il pediatra.</p> <p>Lo studio prevede di erogare il programma PARENT ad un gruppo di intervento e di erogare le consuete visite pediatriche ad un gruppo di controllo.</p> <p>Un’indagine ad hoc viene usata per valutare l’adesione ai nuovi servizi raccomandati di WCC, 12 mesi dopo l’intervento.</p>
<b>Outcome</b>	<p>Misure di outcome, autoriferite dai genitori nel corso dell’indagine:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) i servizi di cure preventive ricevuti;</li> <li>2) esperienze di cura da parte dei genitori ;</li> <li>3) utilizzo del servizio sanitario (il pronto soccorso).</li> </ol>
<b>Risultati</b>	<p>I servizi di cure preventive ricevuti: gruppo di intervento ha un punteggio più elevato per ogni misura prevista (guida alla prevenzione, informazione sanitaria ricevuta, valutazione psicosociale, screening riguardo allo sviluppo).</p> <p>Esperienze di cura: gruppo di intervento ha un punteggio più elevato rispetto ai seguenti aspetti: disponibilità alla cura, centralità della famiglia nella cura, e valutazione complessiva dell’ assistenza sanitaria ricevuta.</p>

---

	Utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria: i bambini del gruppo di intervento hanno una minore probabilità di avere non più di 2 accessi al pronto soccorso, nei 12 mesi successivi all'intervento.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, livello di istruzione, status socio economico, capitale sociale
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target: l'intervento si indirizza a fasce di popolazione a basso reddito.
<b>Note</b>	Un modello di visite pediatriche che prevede, per il genitore la guida di un esperto, può, in famiglie a basso reddito, migliorare l'assistenza pediatrica ricevuta e potenzialmente comportare un risparmio, riducendo l'uso dei servizi di emergenza.

---

## 6. Cramer, 2007

<b>Titolo</b>	Evaluating the social and economic impact of community-based prenatal care
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio valutativo che adotta un disegno descrittivo comparativo
<b>Popolazione considerata</b>	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.
<b>Numerosità del campione</b>	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.
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Descrivere la valutazione, il disegno di studio e l'impatto economico e sociale del programma di cure prenatali Omaha Healthy Start.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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 salutarie 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.
<b>Outcome</b>	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.

<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, etnia
<b>Risultati</b>	<p>Gli esiti natali per il gruppo OHS migliorano nei due anni di valutazione anche se i dati non sono statisticamente significativi;</p> <p>C costi della spesa media ospedaliera si riducono del 31% rispetto ai non partecipanti.</p> <p>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.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a minoranze etniche.
<b>Note</b>	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.

## 7. Dunlop, 2008

<b>Titolo</b>	Interpregnancy primary care and social support for African-American women at risk for recurrent very-low-birthweight delivery: a pilot evaluation
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte misto, prospettico e retrospettivo. Lo studio pilota confronta gli esiti sulla gravidanza di 2 coorti di donne con un parto di neonato sottopeso: (1) una coorte prospettica cui viene offerto l'intervento intergravidanza e (2) una coorte retrospettiva che ha partorito prima dell'inizio dell'intervento intergravidanza.
<b>Popolazione considerata</b>	Donne che hanno partorito all'ospedale di Atlanta provengono da aree censuarie economicamente svantaggiate con tassi di basso peso alla nascita fino a 4 volte superiori a quelli delle comunità più benestanti dell'area metropolitana. I criteri di idoneità per essere arruolate includono: etnia afroamericana, stato di indigenza; parto di un neonato sottopeso (definito come neonato con peso alla nascita da 500 a 1499 grammi), nato morto o vivo tra novembre 2003 e marzo 2004.
<b>Numerosità del campione</b>	29 donne costituiscono la coorte per l'intervento, 58 donne, un numero doppio rispetto alla coorte di intervento, la coorte di controllo.
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Lo scopo di questo studio è di esplorare gli effetti delle cure intergravidanza - cure ricevute dal momento in cui nasce un bambino fino alla concezione del successivo - sull'intervallo temporale tra una gravidanza e la successiva e su alcuni esiti negativi della gravidanza per donne con precedenti esperienze di parti di neonati sottopeso.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Il programma di cure intergravidanza- interpregnancy care program IPC, è un intervento multicomponente e con approccio plurimo per prevenire con successo il rischio di basso peso alla nascita: Fornisce cure primarie e dentali coordinate, gestite da personale infermieristico, visite di gruppo e supporto sociale che iniziano entro 6 settimane dal parto e continuano per 24 mesi o fino ad una gravidanza successiva. I servizi clinici sono offerti da un medico di medicina generale e un'infermiera ostetrica con la consulenza di uno specialista di medicina materna - fetale; un periodontista e un'infermiera svolgono il ruolo di coordinatore. Il supporto sociale viene offerto da una Resource Mother, una persona senza titolo professionale addestrata dal dipartimento sanitario locale.

	<p>Le donne della coorte di intervento intergravidanza ricevono una prima visita domiciliare da parte del personale non professionale - Resource mother - entro le due settimane dal parto. La prima valutazione clinica della coorte di intervento ha luogo entro 6 settimane dopo il parto. Le successive visite alla coorte di intervento IPC sono programmate con periodicità da 1 a 3 mesi, in base ai problemi di salute della donna. Le cure primarie vengono offerte durante le visite di gruppo e con appuntamenti individuali come indicato dalla prassi. Il supporto da parte della Resource Mother è programmato almeno 2 volte al mese con visite domiciliari e contatto telefonico.</p>
<b>Outcome</b>	Per ogni coorte: numero di gravidanze concepite nell'arco di 18 mesi a partire dalla nascita di un neonato sottopeso; numero di esiti negativi in gravidanza.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, stato socio economico.
<b>Risultati</b>	Le donne della coorte di controllo hanno, in media, nell'arco dei 18 mesi dopo il parto di un neonato sottopeso, 2,6 volte più gravidanze e 3,5 volte più eventi avversi in gravidanza, che le donne della coorte di intervento.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si rivolge a donne appartenenti a minoranze etiche e di basso stato socio economico.
<b>Note</b>	<p>È provato che gli interventi educativi prenatali, una volta che una gravidanza è già avviata sono tardivi per la riduzione di nati sottopeso o prematuri. Offrire assistenza sanitaria di base e supporto sociale a donne che hanno appena partorito un bambino sottopeso può avere un impatto positivo sull'intervallo di tempo che trascorre tra una gravidanza e la successiva (almeno 18 mesi) e può migliorare alcuni esiti avversi della gravidanza.</p> <p>Lo studio è americano e considera donne che usufruiscono del programma Medicaid, che fornisce cure sanitarie gratuite ai più poveri, privi di assicurazione sanitaria. Tuttavia Medicaid 60 giorni dopo il parto cessa di offrire assistenza e la ripropone solo quando una nuova gravidanza è in atto,; Perciò una fascia di popolazione a rischio, donne a basso reddito in età fertile, resta senza alcun servizio di cura primaria tra un gravidanza e la successiva. Lo studio suggerisce di estendere la copertura sanitaria di Medicaid anche al periodo tra un gravidanza e la successiva, soprattutto in donne che hanno partorito neonati sottopeso. Per migliorare gli esiti avversi della gravidanza e migliorare le politiche di pianificazione familiare in famiglie non abbienti, che dovrebbero esercitare un maggiore controllo delle nascite.</p> <p>Lo studio tuttavia proprio perché affronta un problema che è specifico degli USA solleva la questione della trasferibilità in contesti differenti e dell'utilità di questo tipo di interventi.</p>

## 8. El-Mohandes, 2011

<b>Titolo</b>	Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Donne afroamericane in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	N=819
<b>Setting</b>	Sanitario - Centri clinici
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare se a un intervento comportamentale integrato di provata efficacia per ridurre i rischi psico-comportamentali (fumo, fumo da esposizione ambientale (ETSE), depressione, e violenza dal partner intimo (IPV) nelle donne afro-americane siano associati migliori esiti della gravidanza e incidano quindi positivamente sui parti pretermine e sul basso peso alla nascita.
<b>Intervento/attività prevista</b>	La mortalità infantile continua ad essere un importante indicatore della disparità di salute negli Stati Uniti. Il contributo relativo di mortalità infantile dovuto a parto prematuro e basso peso alla nascita è elevato, in particolare in neri non ispanici dove è più del doppio del tasso riportato nella popolazione generale. I fattori di rischio considerati nello studio sono stati il fumo, l'esposizione al fumo di tabacco ambientale (ETSE), la depressione e la violenza domestica (IPV) tutti associati con esiti della gravidanza negativi. Le donne sono state considerate ammissibili se demograficamente auto-identificate come appartenenti a un gruppo di minoranza, ≥18 anni, <29 settimane di gravidanza, di lingua inglese. Le partecipanti sono state sottoposte a screening per i quattro fattori di rischio con un audio-intervista, che ha anche confermato lo stato di gravidanza e l'ammissibilità demografica. Dopo lo screening iniziale che ha confermato l'ammissibilità, le madri sono state oggetto di un colloquio telefonico. Maggiori informazioni sullo stato sociodemografico, sulla storia riproduttiva e sui rischi comportamentali sono stati raccolti nel corso di un'intervista di base, condotta in media a 19 settimane di gestazione, nove giorni dopo il primo screening. Un follow-up di raccolta dei dati tramite un'intervista telefonica si è verificato durante il secondo e terzo trimestre di gravidanza (22-26 e 34-38 settimane, rispettivamente). L'intervento è stato progettato per la consegna durante la PNC (cure prenatali di routine). L'intervento per il fumo e ETSE si basava sulla teoria cognitiva sociale. L'intervento per la depressione si è basato su un programma di teoria cognitivo-comportamentale sviluppato da Miranda e Munoz e di comprovato successo con le donne delle minoranze a basso reddito, che cercano servizi di assistenza primaria.

	<p>Il modello di terapia di gruppo originale è stato adattato in un formato di trattamento individuale.</p> <p>L'intervento si è concentrato sulla prevenzione secondaria dei sintomi di depressione e sulle strategie enfatizzate per la gestione dell'umore così come sullo stabilire e mantenere interazioni sociali positive. Un intervento strutturato sviluppato da Parker et al. basato su Empowerment che sottolinea comportamenti di sicurezza, è stato adattato per l'intervento IPV (violenza domestica). Questo intervento era basato su un opuscolo che forniva informazioni sui tipi di abusi, il ciclo della violenza, una componente di valutazione del pericolo, oltre allo sviluppo di un piano di sicurezza. Sessioni di intervento sono state condotte privatamente in una camera in prossimità delle cliniche PNC. L'intervento è stato progettato per essere consegnato durante le visite PNC con otto sessioni. Gli specialisti dell' intervento sono stati addestrati per applicare il contenuto di queste sessioni durante una o più visite, se necessario.</p>
<b>Outcome</b>	Miglioramento degli esiti di gravidanza (basso peso e gravidanza pretermine).
<b>Risultati</b>	Tra le donne incinte afro-americane residenti nel distretto della Columbia, di più di 18, a <29 settimane di gestazione che erano eleggibili per il reclutamento allo studio, la prevalenza dei fattori di rischio mirati è stata del 17,6% per IPV, il 24,2% per la depressione, il 10,4% per fumo e 38,8% per ETSE. La dichiarazione si riferisce ai rischi, non alle donne. La popolazione da cui è stato estratto il campione continua a soffrire in modo significativo di elevati tassi di esiti riproduttivi poveri. Le disparità in LBW e PTB tra bianchi e neri erano compresi tra 2.0 e 2.4 per gli anni 2002-2004. Le disparità per VLBW e VPTB era tra 3,9 e 4.2 Nell'ambito dello stesso periodo di tempo. Gli Afro-americani nel distretto avevano un tasso di mortalità infantile di 17,0 / 1000 nati vivi nel 2005, due volte il tasso riportato per i bianchi.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, fumo, vittima di abuso
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.
<b>Note</b>	

## 9. El-Mohandes, 2010

<b>Titolo</b>	An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Donne afroamericane in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	691
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Testare l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale per ridurre l'esposizione al fumo di tabacco ambientale (ETSE), ridurre il rischio in gravidanza e migliorare gli esiti di gravidanza tra le donne nere.
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>La prevalenza del fumo attivo tra le donne nere in gravidanza è inferiore a quello delle donne bianche in gravidanza (10,6% vs 18,1%). Ma l'ETSE durante la gravidanza, può essere più frequente a causa di elevati tassi di fumo tra gli uomini neri (26,1%). Le donne di colore, inoltre, possono avere più probabilità di vivere in famiglie sovraffollate. In questo studio sono stati esplorati i tassi di ETSE durante la gravidanza, come auto-riferiti e biologicamente confermati (misurazione dei livelli salivari di cotinina SCLS) in una popolazione ad alto rischio delle donne nere a Washington, DC. È stata testata l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale, (RCT), mettendo a confronto le donne che sono state assegnate in modo casuale al gruppo di intervento con quelle che hanno ricevuto cure tradizionali, nella loro capacità di evitare ETSE durante la gravidanza. I confronti sono stati fatti anche per quanto riguarda gli esiti riproduttivi.</p> <p>L'intervento ETSE ha previsto l'introduzione di strategie all'interno della casa per eliminare o ridurre al minimo l'esposizione al fumo della madre in attesa. Tali strategie hanno sottolineato, attraverso giochi di ruolo e la messa in atto di competenze, l'importanza di costruire capacità di negoziazione con i partner e altri membri della famiglia che fumano. Le madri sono state informate circa i potenziali rischi del fumo passivo per la madre e per il feto, così come i rischi per il neonato. L'intervento è stato effettuato da un team di consulenti di gravidanza che erano Master qualificati psicologi o assistenti sociali. Le madri che sono state identificate dalla scala Hopkins come depresse hanno ricevuto un intervento di terapia cognitivo-comportamentale. Strategie per la gestione dell'umore e per una maggiore interazione sociale positiva erano l'obiettivo primario.</p>

	<p>Le madri a rischio di abuso e violenza hanno anche ricevuto un intervento che si è concentrato sulle opzioni di sviluppo di un piano di sicurezza personale e un elenco delle risorse comunitarie a cui rivolgersi. L'opuscolo ha inoltre fornito informazioni sui tipi di abuso (emotivi, sessuali e fisici) e il ciclo della violenza (ad esempio, escalation, IPV, luna di miele). L'intervento si è concentrato sulla valutazione di pericolo per identificare i rischi e le opzioni di prevenzione che le donne possono prendere in considerazione.</p>
<b>Outcome</b>	<p>Riduzione dei rischi in gravidanza legati al fumo e all'esposizione al fumo e miglioramento degli esiti del parto (gravidanza pretermine e basso peso alla nascita) fra le donne nere.</p>
<b>Risultati</b>	<p>Con l'avanzare della gravidanza, la probabilità di ETSE era inferiore. Per le donne dell'intervento, i tassi di basso peso alla nascita (VLBW) e parto molto prematuro (VPTB) erano significativamente migliorati. La violenza domestica aumentava in modo significativo le possibilità di VLBW e VPTB.</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	<p>Etnia, fumo, vittime di abuso</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	<p>Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.</p>
<b>Note</b>	<p>Questa è la prima dimostrazione di efficacia di uno studio clinico randomizzato relativo ad un intervento cognitivo-comportamentale che mira a ridurre ETSE in gravidanza. Si è ridotto significativamente ETSE così come i tassi di VPTB (gravidanza pretermine) e VLBW (basso peso alla nascita), principali cause di mortalità neonatale e morbidità nelle popolazioni minoritarie. Questo intervento può ridurre le disparità di salute negli esiti riproduttivi.</p>

## 10. Ficks, 2018

<b>Titolo</b>	A Social Media Peer Group for Mothers to Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial
<b>Paese</b>	U.S.
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	87 donne nel gruppo dei trattati con BMI $\geq 25$
<b>Setting</b>	Le donne sono arruolate nel setting sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	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.
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Benessere della madre, pratiche relative alla nutrizione, sonno e attività del bambino.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico
<b>Risultati</b>	L'intervento si è dimostrato efficace nel migliorare le modalità di nutrizione del bambino. L'adesione è stata molto elevata. Le misure sono state rilevate tramite questionario somministrato a intervalli regolari.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento è stato somministrato ad un target di donne svantaggiate.
<b>Note</b>	

## 11. Gilmore, 2017

<b>Titolo</b>	Personalized Mobile Health Intervention For Health And Weight Loss In Postpartum Women Receiving Women, Infants, And Children Benefit: A Randomized Controlled Pilot Study
<b>paese</b>	U.S.
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne che hanno partorito (meno di 8 settimane prima) di età superiore ai 18 anni in sovrappeso o obese
<b>Numerosità del campione</b>	40 Donne
<b>Setting</b>	Sanitario.
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	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).
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Corsi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Testare l'efficacia di un programma di perdita di peso basato su una applicazione denominata Smart Loss sullo smartphone.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Peso, circonferenza del giro vita, circonferenza fianchi, composizione corporea.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, status socioeconomico
<b>Risultati</b>	<p>Sono stati misurati i parametri al baseline e dopo 16 settimane.</p> <p>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).</p> <p>Non è stato riscontrata alcuna differenza nella percentuale di grasso corporeo o nel rapporto tra circonferenza vita/fianchi.</p> <p>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.</p>
<b>risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

---

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

Approccio target. L'intervento è stato somministrato ad un campione di donne svantaggiate.

---

**Note**

---

## 12. Hale, 2014

<b>Titolo</b>	The impact of Centering Pregnancy Group Prenatal Care on postpartum family planning.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte retrospettivo
<b>Popolazione considerata</b>	Donne che afferiscono al gruppo di sostegno e pianificazione della famiglia
<b>Numerosità del campione</b>	570 donne
<b>Setting</b>	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore; Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare i contatti con i gruppi di sostegno e pianificazione della famiglia
<b>Intervento/attività prevista</b>	Incontri col gruppo di sostegno
<b>Outcome</b>	Numero di Incontri col gruppo di sostegno
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico
<b>Risultati</b>	Si dimostra un aumento nell'utilizzo dei gruppi di sostegno e pianificazione della famiglia da parte di donne nere non ispaniche.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
<b>Note</b>	

### 13. Humphreys, 2011

<b>Titolo</b>	Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using Video Doctor plus Provider Cueing: a randomized, controlled trial..
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza a rischio abusi
<b>Numerosità del campione</b>	50
<b>Setting</b>	Setting sanitario - Cliniche prenatali
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Violenza domestica
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Riduzione dei rischi legati a IPV (Violenza intima da parte del partner),
<b>Risultati</b>	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).

	<p>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 &lt; .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.</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Vittima di abuso, fumo
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza ad un campione di donne a rischio.
<b>Note</b>	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.

## 14. Jesse, 2010

<b>Titolo</b>	A pilot study to reduce risk for antepartum depression among women in a public health prenatal clinic.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio non randomizzato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne preparto a basso reddito afro-americane e caucasiche a rischio depressione
<b>Numerosità del campione</b>	26
<b>Setting</b>	Sanitario - Clinica ostetrica di salute pubblica
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare la fattibilità e l'efficacia di "Insight-Plus", un breve intervento cognitivo-comportamentale, culturalmente su misura, per donne pre-parto, a basso reddito, afro-americane e caucasiche a rischio di APD (antepartum depression).
<b>Intervento/attività prevista</b>	Intervento cognitivo-comportamentale "Insight Plus" somministrato in sei sessioni.
<b>Outcome</b>	Ridurre il rischio di depressione fra le donne pre-parto
<b>Risultati</b>	Quarantadue per cento (63/149) delle donne in questo studio non randomizzato erano a rischio di APD e il 41% (26/63) delle donne, che soddisfaceva tutti i criteri di ammissibilità, ha inizialmente accettato di partecipare. Diciassette partecipanti hanno completato tutte le sei sessioni di intervento. Il novantaquattro per cento (16/17) che hanno completato le interviste post-intervento ha avuto un tasso di recupero dell' 81% (13/16, EPDS <math>< 10</math>).
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.
<b>Note</b>	Le partecipanti hanno riferito che molti aspetti del programma sono stati utili e hanno continuato a utilizzare gli esercizi dell'intervento dopo che le sessioni si erano concluse.

## 15. Livingood, 2009

<b>Titolo</b>	Impact of pre-conception health care: evaluation of a social determinants focused intervention
<b>Paese</b>	USA - Florida
<b>Disegno dello studio</b>	Studio quasi sperimentale
<b>Popolazione considerata</b>	Donne non incinte ma con il rischio di diventarlo a breve, che presentano 3 o più dei seguenti fattori di rischio: un precedente esito natale negativo (perdita del feto o del neonato, neonato sottopeso); hanno avuto un figlio in età adolescente (<15 anni); donne in età fertile (15–44) e prive di un regolare indirizzo cui rivolgersi per l'assistenza sanitaria; abuso di sostanze; problemi di salute mentale e problemi psicosociali (violenza domestica, abuso infantile, depressione, ansia); relazioni sessuali casuali, ad alto rischio e senza protezione; donne identificate o rinviate ad altri servizi in quanto giudicate ad alto rischio dai servizi per i minori e i servizi sociali.
<b>Numerosità del campione</b>	222 donne partecipanti al Magnolia project, in particolare che hanno ricevuto i servizi di case management per almeno 90 giorni dal 2000 al 2005 e i cui casi si sono successivamente conclusi.
<b>Setting</b>	Sanitario - servizi di assistenza materna infantile
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore; benessere psicosociale dei futuri genitori / genitori.
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Metodi e risultati della valutazione del Magnolia Project, un approccio alle cure pre e interconcezionali (tra una gravidanza e la successiva), che fornisce le prime prove sull'efficacia di interventi focalizzati sui determinanti sociali (occupazione, istruzione, razza, classe sociale), con l'obiettivo principale di mitigare gli effetti dell'etnia e della classe sociale di appartenenza sull'eventuale successiva gravidanza.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Il Magnolia Project è un programma standardizzato e include le seguenti azioni: 1.offrire educazione all'avanguardia e supporto alle donne che necessitano di assistenza specifica, cure prenatali e altri servizi; 2.accrescere la disponibilità di case management e coordinamento delle cure per donne ad alto rischio o che sono incinte o che non possono accedere ai servizi esistenti in quanto non incinte; 3.fornire educazione alla salute per specifici fattori di rischio identificati attraverso revisioni e studi di letteratura ad hoc; 4.aumentare l'accessibilità e la disponibilità di servizi per l'assistenza di genere e le cure prenatali.

	<p>Il presente studio prende in esame solo la componente di case management nel periodo pre-concezionale e tra una gravidanza e la successiva; valuta in modo retrospettivo le differenze statisticamente significative negli esiti natali e nei fattori che influenzano tali esiti – considerati sia prima che dopo la fase di case management del Magnolia Project - tra il gruppo di intervento ed un corrispondente gruppo di confronto costituito da utenti che hanno i requisiti per accedere al programma federale Medicaid.</p>
<b>Outcome</b>	<p>Basso peso alla nascita (&lt; 2500 gr); Mortalità infantile; Periodo intercorso tra una gravidanza e la successiva (2 anni l'intervallo temporale); Comportamenti a rischio che incidono sugli esiti natali (per esempio comportamenti sessuali ad alto rischio: infezioni sessualmente trasmesse autoriferite)</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	<p>Luogo di residenza; occupazione; livello di istruzione; status socio economico; età; eventuali altre condizioni di salute</p>
<b>Risultati</b>	<p>Basso peso alla nascita: impatto solo marginalmente statisticamente significativo: dopo il case management i partecipanti al gruppo di intervento registrano una riduzione dell'11% di basso peso alla nascita mentre il gruppo di controllo un aumento del 3%; tuttavia sia nel caso dell'aumento che della riduzione i dati non sono statisticamente significativi. Mortalità infantile: impatto non statisticamente significativo. Tempo intercorso tra una gravidanza e la successiva: impatto non statisticamente significativo. Il gruppo di intervento ha una lieve più alta percentuale di successi (33.2%) E più bassa percentuale di fallimenti (12.9%) Nel conseguire il desiderato lasso temporale tra una gravidanza e l'altra (2 anni). Gruppo di confronto (successi 31.5% e fallimenti 13.7%). infezioni sessualmente trasmesse: impatto statisticamente significativo. L'incidenza totale di STD dopo l'intervento (10.4%) per il gruppo di intervento è significativamente più bassa dell'incidenza di STD per gli stessi fattori di rischio nel gruppo di controllo (16.7%).</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	<p>Approccio target. L'intervento si indirizza a donne appartenenti a gruppi svantaggiati. Lo studio, sebbene limitato quanto all'obiettivo e ai risultati, è promettente in merito ad un approccio con una forte componente orientata ai determinanti sociali.</p>

---

**Note**

La valutazione evidenzia il bisogno di maggiore chiarezza circa gli approcci più efficaci per indirizzare i determinanti sociali e le componenti essenziali di un programma di successo. Inoltre lo studio considera l'impatto del programma sul periodo pre e interconcezionale, che in America, per gruppi di basso stato socio economico non prevede assistenza sanitaria gratuita. Ovviamente questo pone una questione di trasferibilità dell'intervento in stati in cui l'assistenza sanitaria alle donne in età fertile è disponibile e gratuita sempre.

---

## 16. Machuca, 2016

<b>Titolo</b>	Well Baby Group care: evaluation of promising intervention for primary obesity intervention in toddlers.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio osservazionale non randomizzato con gruppo di confronto
<b>Popolazione considerata</b>	Diadi mamma / neonato di 2 mesi
<b>Numerosità del campione</b>	187 Diadi, 47 assegnate al gruppo di intervento e 140 al gruppo di controllo.
<b>Setting</b>	Setting sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione allattamento e prevenzione dell'obesità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il gruppo di intervento riceve il WBG mentre il gruppo di controllo riceve le cure pediatriche tradizionali.</p>
<b>Outcome</b>	Sovrappeso / obesità a 2 anni di età ( bmi per età $\geq$ 85 percentile)
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, status socio economico
<b>Risultati</b>	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%).
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	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.

---

## 17. Muhajarine, 2012

<b>Titolo</b>	Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation
<b>Paese</b>	Canada
<b>Disegno dello studio</b>	Pre-post con gruppo di controllo
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	48184
<b>Setting</b>	Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore, benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile.
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare l'efficacia del programma Canadian Prenatal Nutrition Program (CPNP)
<b>Intervento/attività prevista</b>	
<b>Outcome</b>	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.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Sono state eseguiti analisi stratificate per caratteristiche sociali ed economiche dei partecipanti.
<b>Risultati</b>	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.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	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.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Intervento universale
<b>Note</b>	

## 18. Phelan, 2017

<b>Titolo</b>	Effect of an Internet-Based Program on Weight Loss for Low-Income Postpartum Women: A Randomized Clinical Trial
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne che hanno appena partorito
<b>Numerosità del campione</b>	174 donne hanno ricevuto l'intervento oggetto del test, 195 hanno ricevuto quello standard.
<b>Setting</b>	Setting sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	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).
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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 a basso reddito che hanno appena partorito sia efficace.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Perdita peso donne che hanno avuto una gravidanza
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Livello di istruzione, status socioeconomico.
<b>Risultati</b>	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.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento è costituito da donne a basso reddito. Non si è valutata la riduzione del gap.
<b>Note</b>	

## 19. Picklesimer, 2012

<b>Titolo</b>	The effect of Centering Pregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio di coorte retrospettivo
<b>Popolazione considerata</b>	Donne in gravidanza
<b>Numerosità del campione</b>	316 nel gruppo di intervento e 3767 donne nel gruppo di controllo.
<b>Setting</b>	Setting sanitario / Comunità
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Efficacia rispetto alla nascita pre-termine
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Numero parti pre-termine sul totale dei parti
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia, Status socio economico
<b>Risultati</b>	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.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”, dal momento in cui la condizione d’interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L’intervento si indirizza a fasce di popolazione a basso reddito.
<b>Note</b>	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.

## 20. Reich, 2011

<b>Titolo</b>	Using baby books to increase new mothers safety practices.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Primipare a basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	167
<b>Setting</b>	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Aumento della conoscenza materna sulle pratiche di sicurezza e di sviluppo tipico del bambino
<b>Risultati</b>	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 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).
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione a basso reddito.

---

**Note**

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.

---

## 21. Reich, 2010

<b>Titolo</b>	The effectiveness of baby books for providing pediatric anticipatory guidance to new mothers
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	Donne primipare a basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	N=168
<b>Setting</b>	Setting sanitario - Cliniche ostetriche
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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.
<b>Outcome</b>	Prevenzione degli infortuni nei bambini e promozione della loro salute
<b>Risultati</b>	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 ( $P < 0,001$ ).
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socio economico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a mamme a basso reddito.

---

**Note**

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.

---

## 22. Sandy, 2009

<b>Titolo</b>	Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	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.
<b>Numerosità del campione</b>	Nell'ambito di un più ampio campione costituito da 588 famiglie partecipanti a Best Beginnings – programma di visite domiciliari per la prevenzione primaria ( <a href="https://www.bestbeginnings.org.uk/">https://www.bestbeginnings.org.uk/</a> ) – 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.
<b>Setting</b>	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. ( <a href="https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic">https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic</a> ).
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Alimentazione allattamento e prevenzione dell'obesità
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Corsi di educazione prenatale e postnatale; visite domiciliari</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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.
<b>Intervento/attività prevista</b>	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 ( <a href="http://www.healthyfamiliesamerica.org/">http://www.healthyfamiliesamerica.org/</a> ) – visite settimanali prenatali con azioni informative 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.
<b>Outcome</b>	Modalità di allattamento del neonato autoriferita dalle madri

<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Luogo di residenza, etnia, livello di istruzione, status socio economico
<b>Risultati</b>	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.
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target". Tuttavia 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.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto donne principalmente di etnia ispanica e di basso livello socio economico.
<b>Note</b>	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.

## 23. Sege, 2015

<b>Titolo</b>	Medical-Legal Strategies to Improve Infant Health Care: A Randomized Trial
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Trial randomizzato controllato
<b>Popolazione considerata</b>	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.
<b>Numerosità del campione</b>	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.
<b>Setting</b>	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.
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Corsi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	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 <a href="http://www.cssp.org/reform/strengtheningfamilies/about">http://www.cssp.org/reform/strengtheningfamilies/about</a> ) 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 <a href="http://healthysteps.org/">http://healthysteps.org/</a> ) e del modello Medical-Legal Partnership (MLP) – garantire assistenza legale per pazienti indigenti con un approccio integrato tra ambito sanitario e legale - (per approfondimenti <a href="http://medical-legalpartnership.org/">http://medical-legalpartnership.org/</a> ). Il modello di intervento DULCE si focalizza sul periodo di tempo dalla nascita a 6 mesi di età del bambino.

<b>Intervento/attività prevista</b>	<p>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.</p> <p>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 (<a href="http://www.bmc.org/Project-DULCE.htm">http://www.bmc.org/Project-DULCE.htm</a>).</p> <p>Il gruppo di controllo riceve un intervento sulla sicurezza infantile.</p>
<b>Outcome</b>	<p>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.</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	<p>Etnia, stato socio economico</p>
<b>Risultati</b>	<p>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.</p>
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".</p>
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	<p>Approccio target. L'intervento si indirizza a famiglie a basso reddito.</p>
<b>Note</b>	<p>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.</p>

## 24. Silverstein, 2011

<b>Titolo</b>	Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers of preterm infants: a randomized controlled pilot trial
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Madri di neonati prematuri ( $\leq 33$ settimane di gestazione, di lingua inglese e spagnola, che vivono in città, a basso reddito, con accesso limitato alle cure di salute mentale convenzionali.
<b>Numerosità del campione</b>	50
<b>Setting</b>	Sanitario - Cliniche universitarie
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi psicologici e psicosociali</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Prevenire la depressione tra le madri a basso reddito di neonati prematuri
<b>Intervento/attività prevista</b>	Prevenzione e trattamento della depressione attraverso la 'Problem Solving Education'.
<b>Outcome</b>	Prevenzione della depressione
<b>Risultati</b>	<p>Nessun soggetto ha segnalato esperienze negative con PSE. L'88% per cento delle valutazioni di follow-up in programma sono state completate. Il 44% delle madri del gruppo di controllo ha sperimentato un episodio di sintomi moderatamente gravi di depressione durante il periodo di follow-up, rispetto al 24% delle madri PSE. Le madri del gruppo di controllo hanno sperimentato una media di 1,19 episodi sintomatici nel corso dei 6 mesi di follow-up, rispetto allo 0,52 % delle madri PSE.</p> <p>PSE appare fattibile e può essere una strategia promettente per prevenire la depressione tra le madri di neonati pretermine.</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Status socioeconomico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.

---

**Note**

PSE sembra essere un intervento realizzabile nel puerperio. Dato che le madri a basso reddito sono note per avere scarso accesso ai servizi di salute mentale convenzionali - particolarmente in seguito alla nascita di un figlio (Declercq et al. 2002) - PSE può rappresentare una strategia di salute pubblica promettente per prevenire o attenuare i sintomi depressivi tra le madri a basso reddito con lattanti pretermine.

---

## 25. Tandon, 2013

<b>Titolo</b>	Improved adequacy of prenatal care and healthcare utilization among low-income Latinas receiving group prenatal care.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	Studio prima-dopo
<b>Popolazione considerata</b>	Donne ispaniche in gravidanza, utenti presso due cliniche di salute pubblica in una contea della Florida hanno avuto la possibilità di scegliere se aderire al gruppo di cure prenatali Centering Pregnancy o al gruppo di cure tradizionali.
<b>Numerosità del campione</b>	176 madri seguite dopo il parto: 129 assegnate al gruppo di controllo aderente al programma Centering Pregnancy e 47 assegnate al gruppo di controllo di cure prenatali tradizionali.
<b>Setting</b>	Sanitario - Cliniche ostetriche
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore; Sicurezza e protezione del bambino
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare l'impatto del programma di cure prenatali di gruppo Centering Pregnancy, sul livello di soddisfazione e sul coinvolgimento nelle cure prenatali da parte delle mamme ispaniche; valutare l'impatto del programma Centering Pregnancy su tre indicatori di salute materna e infantile.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Visite effettuate in periodo pre-parto e 3 mesi post-parto, sia al gruppo di intervento (modello Centering Pregnancy) che al gruppo di controllo (cure tradizionali).
<b>Outcome</b>	3 indicatori di salute materna e infantile: compliance con le visite post parto di controllo; scelta di un pediatra di famiglia; visite al dipartimento di emergenza infantile. Inoltre si misura il coinvolgimento nelle cure prenatali e il livello di soddisfazione. Tutti i dati sono autoriferiti e ricavati da indagini ad hoc, effettuate tre mesi dopo il parto.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia

---

**Risultati**

Ci sono differenze statisticamente significative rispetto al livello di soddisfazione e al coinvolgimento con le cure prenatali.

Inoltre i partecipanti al gruppo Centering Pregnancy, in confronto con i partecipanti alle cure tradizionali, hanno più alti rapporti di cure prenatali attese (si valuta la quantità di cure prenatali ricevute), hanno più alte percentuali riguardo al ricevere cure prenatali adeguate, maggiore probabilità di scegliere un pediatra per il loro bambino, e di ricevere visite di controllo entro 6 settimane dal parto (compliance). Si dimostra un aumento della compliance alle visite di controllo e un miglioramento delle cure parentali.

---

**Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza**

Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".

Il programma può contribuire a ridurre le disuguaglianze perinatali tra gruppi etnici.

---

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

Approccio target. L'intervento si indirizza a donne appartenenti a minoranze etniche.

---

**Note**

---

## 26. Tandon, 2011

<b>Titolo</b>	Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: a randomized controlled trial.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Donne a basso reddito in stato di gravidanza o che avevano un bambino di meno di 6 mesi prevalentemente afroamericane, non sposate e disoccupate e che sono state valutate a rischio di depressione perinatale.
<b>Numerosità del campione</b>	61
<b>Setting</b>	Sanitario
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi a supporto della genitorialità</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	Valutare l'efficacia di un intervento cognitivo-comportamentale di 6 settimane per prevenire la depressione perinatale e ridurre i sintomi depressivi tra le donne a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Intervento cognitivo-comportamentale di gruppo per sei settimane, o una visita domiciliare abituale. Le sedute di intervento sono state guidate da un assistente sociale clinico autorizzato o da uno psicologo clinico. Sono stati misurati i sintomi depressivi con il Beck Depression Inventory-II ed episodi di depressione maggiore sono stati misurati con il Maternal Mood Screener. I risultati sono stati valutati al basale, a 1 settimana e a 3 mesi post-intervento.
<b>Outcome</b>	Prevenzione della depressione perinatale
<b>Risultati</b>	I pazienti a rischio di sviluppare un disturbo depressivo maggiore che hanno ricevuto un intervento cognitivo-comportamentale di 6 settimane hanno mostrato una diminuzione dei sintomi depressivi alla baseline, a 1 settimana dell'intervento, con un'ulteriore riduzione dei livelli a 3 mesi dopo l'intervento. Queste riduzioni sono state statisticamente significative rispetto a coloro che hanno ricevuto servizi standard di visita a domicilio e informazioni sulla depressione perinatale.
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Etnia; Status socioeconomico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.

---

**Note**

Gli interventi durante il periodo perinatale sono efficaci nel prevenire l'inizio di nuovi casi di depressione perinatale e nel migliorare la depressione perinatale.

---

## 27. Urizar, 2011

<b>Titolo</b>	Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants.
<b>Paese</b>	USA
<b>Disegno dello studio</b>	RCT
<b>Popolazione considerata</b>	Donne incinte a basso reddito
<b>Numerosità del campione</b>	86
<b>Setting</b>	Sanitario - Servizi di salute prenatale in un ospedale del settore pubblico in California
<b>Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione</b>	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile
<b>Tipologia di intervento secondo categorie definite</b>	<b>Interventi di educazione prenatale e postnatale</b>
<b>Obiettivo dello studio</b>	L'obiettivo di "Mothers and Babies: Mood and Health Project" è stato quello di ridurre la depressione nelle donne in gravidanza a basso reddito.
<b>Intervento/attività prevista</b>	Misurare, attraverso marcatori biologici dello stress, il livello di stress delle madri diminuendo il rischio di sviluppare complicanze di salute nel corso del tempo. Lo studio ha in particolare esaminato se con una gestione prenatale cognitiva-comportamentale dello stress (BCSM) l'intervento sarebbe stato efficace nel regolare cortisolo salivare (un marcatore biologico di stress) e livelli di stress auto-risportati tra le madri e i loro bambini a sei e diciotto mesi dopo il parto, rispetto ai due gruppi di controllo.
<b>Outcome</b>	Diminuzione dello stress nelle madri
<b>Risultati</b>	Delle 86 donne che hanno partecipato alla misurazione del cortisolo, 57 donne (66%) sono state identificate come ad alto rischio per la depressione durante la gravidanza e randomizzate all'intervento BCSM (n = 24) o nel gruppo che ha avuto cure routinarie (UC) (n = 33). Inoltre, 29 donne sono state identificate come a basso rischio per la depressione durante la gravidanza e hanno preso parte al gruppo LRC (Low Risk Depression). Nel complesso, le donne in tutti e tre i gruppi erano simili per la maggior parte delle caratteristiche socio-demografiche. Le partecipanti avevano una media di 25 anni di età (range = 18-35 anni), erano alla loro 16 <sup>a</sup> settimana di gravidanza (range = 6-27 settimane), e avevano meno di 12 anni di istruzione. Di queste, la maggior parte erano di lingua spagnola (80%) nate in Messico / America Centrale (78%), La maggior parte delle donne erano sposate o vivevano con un partner (77%) e avevano un reddito familiare annuo sotto i \$ 30,000 (87%).

---

	<p>Nessuna differenza significativa è stata trovata rispetto ai livelli di cortisolo materni a sei mesi dal parto tra le donne che ricevevano l'intervento BCSM, rispetto alle donne che ricevevano le cure di routine (UC) e il gruppo a basso rischio (LRC). Questi risultati sono coerenti con gli studi precedenti che hanno documentato che anche se v'è spesso molto piacere e felicità nella nascita di un nuovo bambino, diversi fattori di stress materni (ad esempio, la stanchezza, la mancanza di sostegno sociale, il conflitto coniugale) possono sorgere durante l'inizio del periodo post-partum. Le donne del gruppo BCSM avevano livelli di cortisolo più bassi a 18 mesi dopo il parto rispetto alle madri del gruppo cure tradizionali (UC).</p> <p>I neonati delle madri nei gruppi BCSM e LRC avevano livelli di cortisolo più bassi a sei mesi dopo il parto, rispetto ai neonati di madri nel gruppo UC. Questi risultati suggeriscono che le strategie BCSM insegnate durante la gravidanza o nel periodo post-parto sono efficaci per aiutare a regolare i livelli di cortisolo infantili.</p>
<b>Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus</b>	Livello di istruzione, status socioeconomico
<b>Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza</b>	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
<b>L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?</b>	Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.
<b>Note</b>	Insegnare alle donne a basso reddito strategie BCSM durante la gravidanza è efficace nel regolare i livelli di cortisolo materno e infantile fino a 18 mesi dopo il parto, in particolare tra le donne con una storia passata di depressione o tra le madri più giovani. Questi risultati hanno potenzialmente implicazioni a lungo termine per la salute delle madri e dei loro bambini per aiutare a prevenire l'insorgenza di complicazioni di salute legate allo stress che sono state associate con elevati livelli di cortisolo durante la gravidanza.

---

# ALLEGATO A

## Strategia di ricerca

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

## AND

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

## AND

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

## NOT

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

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

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

## Limiti

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



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