

“PROCESSO” ALLE VISITE DOMICILIARI PER MAMME E NEONATI Rivolte a tutti? o rivolte a soggetti a rischio?

26 maggio 2016

EQUO NON SIGNIFICA UGUALE:

QUALI CARATTERISTICHE E QUALI COMPETENZE PER GENITORI E OPERATORI (NELLE HOME VISITING)?

Alda Cosola. Responsabile Promozione della Salute, ASL TO3 – Regione Piemonte

Il presente intervento mira a fornire un contributo a favore di un utilizzo delle visite domiciliari (VD) selettive, ovvero rivolte solo a popolazioni a rischio, verso VD universali.

La consultazione libera di un motore di ricerca come Google mette in evidenza circa 117.000 risultati ottenuti per una definizione generica come Home visiting, dei quali la maggior parte di quelli coerenti col tema in oggetto, si concentrano sulle Home visiting selettive, anche se partono da una visione universalistica del tema.

Per esemplificare cito il documento delle politiche sociali del comune di Cosenza che presenta un progetto sulle Home visiting universali dove precisa: ”L’Home Visiting costituisce una particolare tecnica o un intervento non univocamente descrivibile; si tratta piuttosto di un processo attraverso il quale, personale appositamente formato, svolge un ruolo di sostegno e di aiuto alla genitorialità nel contesto ecologico in cui essa si esplica.... L’opportunità di realizzare questo servizio nel contesto domestico risponde a numerose esigenze: innanzitutto quella di raggiungere famiglie che, difficilmente, si rivolgerebbero ai servizi professionali tradizionali, sia per mancanza di fiducia, sia per difficoltà nel percepire le loro stesse esigenze.”

David Olds nel 1986, il primo a strutturare e monitorare un programma di intervento (Programma di Home visiting per madri a rischio sociale - Family Nurse Partnership) interviene su madri a rischio.

Altre fonti, con particolare attenzione alle pubblicazioni italiane, sono il modello presentato da Massimo Ammaniti nella pubblicazione: Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia, Infanzia e Adolescenza, Vol. 6, n.2, 2007

I volumi: Curare senza allontanare. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia, di Maria Teresa Pedrocco Biancardi del 2013 e Accompagnami per un po'. Un’esperienza di home visiting nei primi due anni di vita, di Ida Finzi, Francesca Imbimbo, Serena Kaneklin, 2013.

Nell’articolo Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione, del 2014, Giorgio Tamburini del Centro per la Salute del Bambino (CSB) Onlus, di

Trieste, afferma che “....le VD sono particolarmente efficaci per prevenire e affrontare i problemi di salute in queste famiglie e in questi gruppi. Questa è la base concettuale delle VD selettive che hanno anche un’ottima evidenza di costo-beneficio”.

Quindi è inevitabile spostare l’attenzione su alcuni punti forti:

- 1) L’esperienza internazionale propende maggiormente per la visione universalistica delle VD, ma nel concreto sono attuate delle azioni selettive, legate anche ai contesti in cui si realizzano i progetti (quartieri abitati da minoranze etniche per esempio) o ai diversi modelli di organizzazione sanitaria.
- 2) L’esperienza italiana possiede già un’offerta universalistica per le mamme e i loro bambini neonati (Pediatra di famiglia), pertanto si è posta maggiore attenzione al concetto di disuguaglianze e le azioni messe in campo per ridurle portano a pianificare VD selettive. Ci si prefigge di raggiungere tutte le famiglie, riducendo le disuguaglianze, promuovendo la precocità dei messaggi, e l’importanza della genitorialità.
- 3) Si tratta quindi di interventi di prevenzione, azioni mirate a promuovere salute e benessere in popolazioni mirate. Il rischio piuttosto è che la VD sia un momento spot che non serve a promuovere le competenze genitoriale, se non è già stato avviato lungo tutto il percorso dalla gravidanza in poi. La visita rischia altrimenti di assumere aspettative magiche da parte di entrambi gli attori in gioco.
- 4) Gli studi che sono stati realizzati e che dimostrano l’efficacia delle VD sono stati effettuati tutti su gruppi a rischio. Anche gli studi longitudinali sono possibili solo su gruppi identificati sulla base di criteri condivisi.
- 5) Le pubblicazioni OMS che sostengono la bontà delle VD sono legate in maniera esplicita alla prevenzione dei maltrattamenti nell’infanzia, un problema di salute concreto e misurabile.
- 6) Le VD chiedono competenze complesse negli operatori che le attuano. In questo senso la criticità va analizzata su due piani. Il primo è un piano teorico: occorre individuare il profilo di accesso per tali attività e sulla base di un profilo, tracciare il dossier formativo che l’operatore individuato deve possedere. Le competenze necessarie non sono solo tecniche, ma sono necessarie abilità comunicative, di ascolto attivo, di osservazione partecipata e di educazione alla salute. Il secondo piano di analisi riguarda invece le competenze reali possedute dalle persone che operano nei nostri servizi e che spesso hanno una formazione legata all’assistenza in ambulatorio e non hanno una specifica preparazione per operare a domicilio. Essere soli in casa delle famiglie cambia il setting operativo e non sempre gli operatori con lunga esperienza ambulatoriale o ospedaliera sono formati al riguardo.
- 7) La valutazione durante la visita. L’operatore della VD deve essere formato anche sui criteri da osservare, soprattutto su quelli non strettamente sanitari. Dal Progetto CAF di Milano citato in *Accompagnami per un po’*. Un’esperienza di home visiting nei primi due anni di vita, di Ida Finzi, Francesca Imbimbo, Serena Kaneklin, 2013 leggiamo:
“....un valore aggiunto riguarda il monitoraggio longitudinale del lavoro effettuato dalle operatrici e attuato da un punto di vista evidence based. Il monitoraggio è stato effettuato, con l’obiettivo di valutare l’efficacia dell’intervento di VD, sui seguenti parametri:
 - a) adeguatezza della responsività della madre nei confronti del bambino nel corso del primo anno e mezzo di vita e alla conclusione
 - b) adeguatezza dell’interazione e della regolazione della coppia madre- bambino
 - c) qualità del pattern di attaccamento del bambino nel secondo anno di vita
 - d) sviluppo cognitivo e motorio del bambino nel corso del primo anno di vita e alla conclusione
 - e) valutazione del rischio psicosociale della madre
 - f) modelli di attaccamento della madre pre e post intervento
 - g) percezione del supporto sociale ricevuto all’inizio e alla fine dell’intervento
 - h) valutazione del rischio psicopatologico infantile al termine dell’intervento.”

C'è da chiedersi: sono questi i criteri da privilegiare nel modello che abbiamo in mente? quale figura possiede le competenze per questi parametri? Quale formazione psico-sociale va prevista? Chi seleziona le persone più adatte a questo ruolo?

- 8) Le VD richiedono un'attenta organizzazione. Il lavoro a domicilio presso le famiglie dei nuovi nati richiede personale dedicato e una gestione del tempo e delle risorse difficile da rendere coerente con la normale attività di cura. L'organizzazione del tempo, delle persone e delle risorse materiali (in primis l'auto per raggiungere le case) richiede una sanità che sappia ri-orientarsi.

Infine non va trascurato un ultimo ma non meno rilevante aspetto. Il punto di vista delle mamme.

La VD si colloca per definizione in un rapporto asimmetrico: anche se viene messa in atto la migliore comunicazione empatica, la mamma considera l'altra/o che entra nella sua casa, un operatore e lo connota come tale: non è e non può essere un "amica/o". Ai suoi occhi è e resta un operatore dei servizi, quali che essi siano, che opera per sostenere la genitorialità, ma anche per valutare la situazione. Ecco le parole di una mamma, inserita in un programma di VD:

"Durante l'incontro di chiusura, Viviana dice all'operatrice: "All'inizio non sapevo bene cosa fare con lei. Poi ho capito che potevo parlare e sfogarmi e riusciva a farmi vedere un punto di vista diverso".

(cit. da *Accompagnami per un po'*. Un'esperienza di home visiting nei primi due anni di vita, di Ida Finzi, Francesca Imbimbo, Serena Kaneklin, 2013)

Conclusioni

La traduzione in pratica non può che essere una modellizzazione ispirata alla proposta di Tamburini di un "Modello blended: approccio universalistico progressivo".

- a) offerta universalistica a tutti attraverso il Pediatra di famiglia (bilanci di salute)
- b) offerta mirata di una VD a gruppi a rischio
- c) ulteriori VD in presenza di criticità

Bibliografia

1. Ammaniti M. Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e Adolescenza*. Vol 6, n.2, 2007
2. Olds D, et al. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;77:16-28.
3. Pedrocco Biancardi MT. Curare senza allontanare. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia. Franco Angeli. 2013
4. Finzi I, Imbimbo F, Kaneklin S. *Accompagnami per un po'*. Un'esperienza di home visiting nei primi due anni di vita. Franco Angeli. 2013
5. Tamburini G. Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione. *Medico e Bambino* 8/2012.