

Howarth E. et al. (2016) IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis, PUBLIC HEALTH RESEARCH, 4, 10.

<https://clouk.uclan.ac.uk/17053/1/Howarth%20et%20al%20Improve%20report%202016.pdf>

Contesto: L'esposizione a violenza e abusi domestici (DVA) durante l'infanzia e l'adolescenza aumenta il rischio di esiti negativi nel corso della vita.

Obiettivi: Sintetizzare le prove sull'efficacia clinica, il rapporto costo-efficacia e l'accettabilità degli interventi per i bambini esposti a DVA, con l'obiettivo di formulare raccomandazioni per ulteriori ricerche. Progetto: (1) Una revisione sistematica di studi clinici controllati sugli interventi; (2) una revisione sistematica di studi qualitativi sull'esperienza dei partecipanti e dei professionisti degli interventi; (3) una meta-analisi di rete (NMA) di studi clinici controllati e un'analisi del rapporto costo-efficacia; (4) una panoramica dell'attuale offerta di interventi nel Regno Unito; e (5) consultazioni con giovani, genitori, fornitori di servizi e committenti.

Contesti: Nord America (11), Paesi Bassi (1) e Israele (1) per la revisione sistematica di studi controllati di interventi; Stati Uniti (4) e Regno Unito (1) per la revisione sistematica di studi qualitativi sull'esperienza dei partecipanti e dei professionisti degli interventi; e Regno Unito per la panoramica dell'attuale fornitura di interventi e consulenze nel Regno Unito con giovani, genitori, fornitori di servizi e commissari.

Partecipanti: Un totale di 1345 bambini per la revisione sistematica di studi clinici controllati sugli interventi; 100 bambini, 202 genitori e 39 professionisti per la revisione sistematica di studi qualitativi sull'esperienza dei partecipanti e dei professionisti degli interventi; e 16 giovani, sei genitori e 20 operatori e committenti dei servizi per la consultazione con giovani, genitori, operatori e committenti dei servizi.

Interventi: Psicoterapia, advocacy, competenze genitoriali e advocacy, psicoeducazione, psicoeducazione e advocacy, auto-aiuto guidato.

Principali misure di esito: sintomi internalizzanti e comportamento esternalizzante, umore, sintomi e diagnosi di depressione, sintomi del disturbo da stress post-traumatico e autostima per la revisione sistematica di studi clinici controllati su interventi e NMA; opinioni ed esperienze sugli interventi per la revisione sistematica di studi qualitativi sull'esperienza dei partecipanti e dei professionisti di interventi e consulenze.

Metodi di revisione: una revisione narrativa; un'analisi NMA e un'analisi incrementale del rapporto costo-efficacia; e una sintesi qualitativa.

Risultati: La base di evidenze sugli interventi mirati era limitata, con contesti e tipologie di intervento limitati; i bambini avevano per lo più meno di 14 anni e mancavano studi comparativi. Gli interventi valutati negli studi erano per lo più interventi psicoterapeutici e psicoeducativi erogati al genitore e al figlio non abusanti, solitamente basati sull'esposizione del bambino a DVA (non su specifici bisogni clinici o sociali più ampi). Gli studi qualitativi si sono concentrati principalmente su interventi psicoeducativi, alcuni dei quali includevano il genitore abusante.

Le prove di efficacia clinica sono state le seguenti: 11 studi hanno riportato miglioramenti nei risultati comportamentali o di salute mentale, con dimensioni dell'effetto modeste ma una significativa eterogeneità e un rischio di bias elevato o poco chiaro. Gli interventi psicoeducativi di gruppo somministrati al bambino si sono rivelati più efficaci nel migliorare i risultati di salute mentale rispetto ad altri tipi di intervento. Gli interventi somministrati a genitori (non abusanti) e ai bambini hanno avuto maggiori probabilità di essere efficaci nel migliorare i risultati comportamentali. Tuttavia, vi è un ampio grado di incertezza al riguardo, in particolare per quanto riguarda i risultati di salute mentale. In termini di prove di costo-efficacia, non sono stati condotti studi economici sugli interventi. Il costo-efficacia è stato modellato sulla base dell'NMA, stimando le differenze tra i tipi di intervento.

I risultati misurati negli studi clinici erano in gran parte limitati alla salute mentale dei bambini e ai sintomi e disturbi comportamentali, sebbene i concetti di successo delle parti interessate fossero più ampi, il che suggerisce che negli studi clinici si dovrebbe misurare una gamma più ampia di risultati.

Gli interventi psicoeducativi di gruppo erogati in parallelo a bambini e genitori non abusanti sono risultati ampiamente accettabili per tutte le parti interessate. Vi sono prove limitate sull'accettabilità di altri tipi di intervento. Per quanto riguarda le evidenze scientifiche e il panorama dell'erogazione dei servizi nel Regno

Unito, non vi sono stati studi clinici condotti nel Regno Unito, sono stati condotti pochi studi qualitativi e la valutazione dei servizi è stata scarsamente diffusa. La maggior parte dei programmi prevede interventi psicoeducativi di gruppo. Tuttavia, la crisi di finanziamenti nel settore DVA sta compromettendo significativamente l'erogazione dei programmi.

Conclusioni: Le evidenze scientifiche relative all'accettabilità, all'efficacia clinica e al rapporto costo-efficacia degli interventi volti a migliorare gli esiti per i bambini esposti a DVA sono poco sviluppate. Vi è un urgente bisogno di studi di qualità, in particolare sperimentazioni cliniche, progettati per produrre risultati attuabili e generalizzabili, implementabili in contesti reali e in grado di orientare le decisioni su quali interventi commissionare e ampliare. Sugeriamo che sia necessario sospendere lo sviluppo di nuovi interventi e concentrarsi sulla valutazione sistematica dei programmi esistenti.

Per quanto riguarda il Regno Unito, abbiamo identificato tre tipologie di programmi che potrebbero essere giustamente considerati prioritari per ulteriori studi: psicoeducazione rivolta a madri e figli, o ai figli da soli; formazione sulle competenze genitoriali in combinazione con attività di advocacy; e interventi che coinvolgono il genitore/caregiver abusante. Sugeriamo inoltre che sia necessario che le principali parti interessate si uniscano per identificare e affrontare in modo esplicito le barriere strutturali, pratiche e culturali che potrebbero aver ostacolato lo sviluppo della raccolta dati nel Regno Unito fino ad oggi.

Raccomandazioni per lavori futuri: sono necessari studi clinici randomizzati controllati ben progettati, ben condotti e ben documentati, con sede nel Regno Unito, dotati di analisi costo-efficacia e studi qualitativi. È necessario raggiungere un consenso nel settore sui principali set di dati sugli esiti. È necessario approfondire l'accettabilità e l'efficacia degli interventi per gruppi specifici di bambini e adolescenti (ad esempio, in base a etnia, età, esposizione a traumi e profilo clinico). È inoltre necessaria un'indagine sul contesto in cui vengono erogati gli interventi, incluso il contesto organizzativo e il contesto comunitario più ampio, e la valutazione delle qualità, delle qualifiche e delle competenze del personale che eroga gli interventi. Raccomandiamo di dare priorità agli interventi psicoeducativi e alla formazione sulle competenze genitoriali, erogati in combinazione con l'advocacy, nella fase successiva delle sperimentazioni, e di condurre sperimentazioni esplorative di interventi che coinvolgano sia il genitore abusante che quello non abusante.