

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni

finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019

A cura di Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore,
Serena Donati, Silvia Andreozzi,
Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera

Zero
Two





Ministero della Salute

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni **finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019**

A cura di Enrica Pizzi^a, Michele Antonio Salvatore^a,
Serena Donati^a, Silvia Andreozzi^a,
Serena Battilomo^b, Maria Grazia Privitera^c

^a*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute, Roma*

^c*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

Roma
2022

Istituto Superiore di Sanità

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019.

A cura di Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera. v, 60 p.

Le evidenze scientifiche mostrano che la fase prenatale e i primi anni di vita rappresentano un periodo unico per promuovere lo sviluppo sano del bambino. Alla luce di queste evidenze il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni focalizzato su alcuni importanti determinanti di salute nel bambino piccolo, affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità. Il rapporto presenta i risultati della prima raccolta dati realizzata nel 2018-2019 in 11 Regioni italiane. La popolazione target sono state le madri che hanno compilato un questionario anonimo durante le vaccinazioni dei loro figli di età compresa tra 0 e 2 anni. Sono stati raccolti circa 30.000 questionari e il tasso di partecipazione è stato superiore al 95% in tutte le Regioni. I risultati hanno mostrato un'ampia variabilità dell'esposizione a comportamenti protettivi o a rischio, differenze territoriali significative e possibilità di miglioramento su tutti i determinanti di salute.

Parole chiave: sorveglianza; infanzia; promozione della salute; sviluppo precoce del bambino

Istituto Superiore di Sanità

The Surveillance System on Children aged 0-2: purpose, methodology and results of the 2018-2019 data collection.

Edited by Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera. v, 60 p.

Scientific evidence shows that the prenatal phase and the first years of life represent a unique period to promote the healthy development of the child. In the light of this evidence, the Italian Ministry of Health has promoted and financed a Surveillance System Children 0-2 years old which focuses on some important determinants of health concerning the child, entrusting its coordination to the Istituto Superiore di Sanità (the Italian National Institute of Health). This report presents the results of the first round carried out in 2018-2019 in 11 Italian Regions. The target population was mothers who were asked to fill in an anonymous questionnaire during the vaccination sessions of their children aged 0-2 years. Around 30,000 questionnaires were collected and the participation rate was over 95% in all Regions. Results showed a wide variability of exposure to protective or risky behaviours, significant territorial differences and the possibilities of improvement on all the investigated health determinants.

Key words: surveillance; childhood; health promotion; early child development

Ringraziamenti

Si ringraziano, per il prezioso lavoro svolto, tutti i professionisti dei Servizi coinvolti nella rilevazione di cui la lista completa, fornita dai referenti regionali, è riportata a p. 53.

Una sincera gratitudine va a tutte le mamme che si sono rese disponibili a compilare il questionario.

Un ringraziamento alla Medisoft s.r.l che ha ideato la piattaforma per l'inserimento dei dati.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM.

Per brevità il documento è declinato prevalentemente al maschile; tutti i generi sono però da intendersi sempre al femminile e al maschile (bambino, bambina, operatori, operatrici, professionisti, professioniste).

Progetto grafico: Giovanna Morini (Servizio Comunicazione Scientifica)

Copertina: Massimo Delle Femmine (Servizio Comunicazione Scientifica)

Redazione: Giovanna Morini, Laura Radiciotti (Servizio Comunicazione Scientifica)



Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020



Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020

Enrica Pizzi, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Serena Donati, Angela Spinelli, Michele Antonio Salvatore, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Claudia Ferraro (Gruppo di coordinamento nazionale, Istituto Superiore di Sanità); Cristina Tamburini, Maria Grazia Privitera, Serena Battilomo (Ministero della Salute); Daniela Marcer, Lara Simeoni, Chiara Bosio, Elena Fretti (Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona); Maria Angela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata); Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Patrizia Auriemma, Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti (Regione Lazio); Marco Morbidoni, Annalisa Cardone, Antonella Guidi (Regione Marche); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento); Maria Grazia Lopuzzo, Maria Teresa Balducci (Regione Puglia); Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna); Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia); Gherardo Rapisardi (ASL Toscana Centro); Manila Bonciani (Scuola Sant'Anna, Pisa); Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella (Regione Valle d'Aosta).

Comitato tecnico Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020*

Enrica Pizzi, Laura Lauria, Serena Donati, Marta Buoncristiano, Chiara Cattaneo, Barbara De Mei, Angela Spinelli (Istituto Superiore di Sanità); Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera, Cristina Tamburini, Stefania Iannazzo, Roberto Copparoni (Ministero della Salute); Daniela Marcer (Azienda ULSS 9-Scaligera, Verona); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Marco Morbidoni (Regione Marche); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Gherardo Rapisardi (Regione Toscana); Leonardo Speri (Esperto già Responsabile Scientifico Programma GenitoriPiù); Domenico Arduini (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, SIGO); Giampietro Chiamenti (Federazione Italiana Medici Pediatri, FIMP); Maria Pia Fantini (Società Italiana di Igiene, SItI); Alberto Villani (Società Italiana di Pediatria, SIP); Miria De Santis (Associazione Nazionale Assistenti Sanitari, AsNAS); Federica Zanetto (Associazione Culturale Pediatri, ACP); Iolanda Rinaldi (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, FNOPO).

(*) Nel 2022 la Sorveglianza si è dotata anche di uno Steering Committee <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/ChiSiamo>

Presentazione

Recenti evidenze scientifiche hanno messo in luce come rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto possano essere prevenuti grazie ad azioni di promozione della salute realizzabili nella finestra temporale dei primi 1.000 giorni di vita compresi tra l'epoca preconcezionale e i primi due anni dei bambini. Un periodo che oggi sappiamo essere di valenza strategica per lo sviluppo mentale e fisico di ogni individuo. Alla luce di queste evidenze, organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'UNICEF, invitano a sviluppare politiche nazionali a favore di interventi nella prima infanzia con l'obiettivo di offrire a ogni bambino il miglior inizio possibile in un'ottica anche di contrasto alle disuguaglianze. Si tratta di investimenti in grado di produrre ricadute positive lungo tutto l'arco della vita, non solo nel singolo ma nell'intera comunità, sia in termini di salute che di sviluppo di competenze cognitive e sociali e di accesso a percorsi educativi e professionali.

Il tema dello sviluppo precoce del bambino rientra a pieno titolo nei Sustainable Development Goals 2015-2030 che promuovono, a livello globale, l'accesso a uno sviluppo precoce di qualità dei bambini. Grazie alle linee d'indirizzo OMS - Improving Early Child Development - che forniscono indicazioni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia e al recente documento dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sull'early child development, anche in Italia è stata disposta una roadmap per programmare azioni di salute pubblica a sostegno dell'impegno assunto dal Paese per l'applicazione e l'implementazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la cui approvazione risale al 1989.

In questa cornice di riferimento istituzionale si inserisce il "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" che raccoglie dati di popolazione con l'obiettivo di identificare fattori protettivi e di rischio, definire le priorità di intervento e promuovere politiche e azioni di salute pubblica nell'area dello sviluppo della prima infanzia. La Sorveglianza, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, rientra tra quelle di interesse nazionale identificate dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2017 e propone un approccio inter-settoriale e multiprofessionale volto a integrare il settore sanitario con quello sociale ed educativo per promuovere azioni coordinate a sostegno di un efficace supporto alla genitorialità.

Grazie ai dati periodici raccolti dalla Sorveglianza disponiamo di informazioni sull'esposizione a fattori di rischio e di protezione della salute dei bambini la cui analisi facilita la definizione di azioni mirate che tengono conto anche delle differenze socio-demografiche e territoriali.

Nello scenario sanitario e sociale determinato dalla pandemia da COVID-19, investire nelle prime fasi della vita assume un valore particolare perché permette di contrastare le conseguenze dell'emergenza sanitaria ripartendo dalla prima infanzia, come raccomandato anche dal recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nella consapevolezza che questo arco temporale della vita è fondamentale per lo sviluppo delle persone che sono il valore più prezioso e inestimabile per il presente e il futuro del Paese. ■

Silvio Brusaferrò
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Prefazione

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza di popolazione è alla base delle politiche nazionali di prevenzione e di promozione della salute. Tali strumenti consentono di ottenere informazioni utili sull'andamento di malattie e fattori di rischio, di studiare l'influenza di determinanti di salute, di individuare le disuguaglianze, di identificare le priorità sulle quali è necessario intervenire, di osservare i cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

Le condizioni di salute sono il prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti, dove ognuna può agire da fattore di rischio o da fattore protettivo. Ciò accade, in particolare, nei primi 1.000 giorni di vita, il periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino. I primi 1.000 giorni di vita sono fondamentali per lo sviluppo fisico e psichico e gli interventi preventivi, protettivi, curativi realizzati con tempestività, in questa primissima fase, portano a risultati di salute positivi non solo per il bambino e l'adulto che sarà, ma anche per i genitori, la collettività e le generazioni future.

L'esposizione a fattori di rischio o protettivi relativi all'ambiente fisico e psicosociale, in un periodo particolarmente plastico e delicato come quello dei primi 1.000 giorni di vita, può comportare risposte potenzialmente adattive determinando, nel caso dei fattori di rischio, la comparsa di patologie e disturbi in età infantile o adulta e favorendo, nel caso dei fattori protettivi, un migliore sviluppo del bambino. La conoscenza di tali fattori diventa, quindi, una priorità di salute pubblica, anche in considerazione del potenziale effetto sinergico, della possibile interazione tra essi e dei possibili esiti a medio e lungo termine.

È noto, inoltre, che suscettibilità, fragilità e vulnerabilità sono condizioni che interagiscono fortemente tra loro, per lo più amplificando reciprocamente i propri effetti. Alla vulnerabilità connessa alle disuguaglianze socioculturali ed economiche è stata rivolta particolare attenzione negli ultimi anni, per il ruolo evidente sugli esiti in salute, sin dalle prime fasi della vita.

L'importanza determinante della conoscenza dei fattori citati e dei loro meccanismi d'azione nei primi 1.000 giorni è alla base del documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita", adottato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2020 e in linea con la Dichiarazione di Minsk (Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2015), con gli Obiettivi per uno sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite (SDG Agenda 2030), con il documento "Nurturing care for Early childhood development: a global frame work for action", prodotto da OMS, UNICEF, Banca Mondiale, e con l'attenzione mostrata negli anni dal Ministero della Salute ai Livelli Essenziali di Assistenza per la riduzione delle disuguaglianze in salute.

Il Ministero della Salute, riconoscendo il valore strategico di un nuovo Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute dei bambini tra 0 e 2 anni, ne ha affidato il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità, affinché dalla conoscenza dei determinanti di salute considerati sia possibile orientare adeguatamente la pianificazione degli interventi di prevenzione per la tutela della salute infantile.

Il contesto determinato dalla pandemia da COVID-19 ha messo a dura prova le famiglie, i servizi sanitari, la società nel suo complesso. Oggi più che mai è necessario ripartire dai bambini e investire precocemente in salute, intercettando e contrastando, nello stesso tempo, le disuguaglianze con interventi mirati, precoci e integrati, per proteggere, sostenere e promuovere la loro crescita e il loro benessere. ■

Maria Grazia Privitera e Renata Bortolus
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

IMPORTANZA E POTENZIALITÀ DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI 1.000 GIORNI DI VITA

Enrica Pizzi^a, Angela Spinelli*, Serena Donati^a,
Cristina Tamburini^b, Serena Battilomo^c, Maria Grazia Privitera^d

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bSegretariato Generale, Ministero della Salute, Roma

^cDirezione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario
e della Statistica, Ministero della Salute, Roma

^dDirezione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

La speranza per il futuro arriva sotto forma di bambini

R. Tagore

La mente dei tre anni dura per cento anni

Proverbio giapponese

A partire dai primi 1.000 giorni di vita

Negli ultimi anni le conoscenze sullo sviluppo precoce del bambino (Early Child Development, ECD) (1-3) evidenziano come la crescita di un individuo sia influenzata in modo sostanziale da quello che accade nelle prime epoche della vita, definite come i “primi 1.000 giorni di vita”, cioè il periodo che va dal concepimento al compimento del secondo anno di età.

Le evidenze scientifiche documentano che questo è un periodo “critico”, inteso nella doppia valenza di “finestra” di vulnerabilità, ma anche di opportunità per lo sviluppo. In questa finestra temporale le azioni volte alla riduzione dell’esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi sono in grado non solo di prevenire problemi di salute nel bambino, ma di sviluppare anche le sue potenzialità e di influenzare la salute in età adulta (4).

La specificità di questi periodi rafforza la necessità di adottare un’ottica *life course* negli interventi di prevenzione e promozione della salute che, per essere efficaci, devono poter contare su azioni, volta per volta, appropriate al contesto e alla specificità delle diverse fasi della vita delle persone (5).

I temi legati all’importanza delle relazioni primarie e dell’ambiente per lo sviluppo del bambino trovano una vasta letteratura già a partire dal secolo scorso, grazie a numerosi studi che si sono sviluppati in diverse discipline (antropologiche, psicologiche, educative) (6-8). Inoltre, in questi ultimi anni gli studi sull’epigenetica e sulle neuroscienze hanno dato un forte impulso mostrando come, nelle prime fasi della vita (periodo embrio-fetale e prima infanzia), le cellule sono dotate di un epigenoma estremamente plastico, che viene influenzato dall’ambiente (9, 10).

Le relazioni familiari e sociali che caratterizzano i primi anni di vita assumono, quindi, un ruolo di fondamentale importanza agendo sulle strutture di base, che permettono all’individuo di interagire con il mondo esterno in modo competente.

La salute diventa, dunque, il prodotto di un intreccio di fattori decisamente complessi (genetici, psicologici, comportamentali, ambientali, socio-economici), che possono agire quindi come fattori di rischio o protettivi (11). ▶

(*) già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Quando le tappe fondamentali dello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale non vengono superate con successo, i bambini possono sperimentare difficoltà sia a breve che a lungo termine (12). Nella sua *review* del 2010 M. Marmot (13) sottolineava come l'accesso dei bambini a esperienze positive nei primi anni di vita sia fondamentale per ridurre le disuguaglianze di salute nel corso della loro esistenza, poiché gli interventi realizzati successivamente, sebbene importanti, risultano decisamente meno efficaci se mancano buone basi nella prima infanzia. Garantendo, quindi, a ciascun bambino il migliore inizio di vita possibile si possono contrastare le disuguaglianze di salute (14, 15).

Le raccomandazioni internazionali e nazionali

La letteratura evidenzia quali sono i rischi provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppo cognitivo e socio-relazionale nei primi anni di vita, ma anche i vantaggi derivanti da interventi precoci.

Negli ultimi venti anni il concetto di ECD ha acquisito nel tempo un significato più ampio, di vera e propria policy orientata agli *early interventions* (EI), a supporto dello sviluppo e dell'equità (16). Infatti, il recepimento a livello internazionale delle numerose evidenze scientifiche sull'ECD hanno dato vita a diversi documenti d'indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita. In particolare, la Dichiarazione di Minsk 2015 (17) e il *Nurturing Care Framework for Early Childhood Development* del 2018 (18) hanno posto le basi per definire la cornice entro cui programmare le azioni, che devono puntare all'obiettivo di agire presto, in modo appropriato per promuovere quell'insieme di fattori che garantiscano ai bambini un'alimentazione adeguata, delle buone condizioni di salute, precoci opportunità di apprendimento, una genitorialità responsiva, protezione e sicurezza (Figura 1), fattori che influiscono su tutto l'arco della vita (Figura 2).

In seguito, le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno fornito indicazioni utili a rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella

prima infanzia (19) e il recente documento dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sull'ECD (20) ha individuato le aree d'intervento prioritarie per un adattamento al contesto europeo della *nurturing care*. Questi documenti si inseriscono, inoltre, in un perimetro ancora più ampio, quello degli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals, SDG) delle Nazioni Unite dove, tra i diversi obiettivi indicati in Agenda, c'è quello di garantire a tutti i bambini, entro l'anno 2030, uno sviluppo infantile precoce di qualità, che comprende l'accesso a cure adeguate e un'educazione prescolare (21).

In Italia, il Ministero della Salute ha prodotto il documento di indirizzo *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, diretto a genitori, operatori sanitari e *policymaker*. Il documento, approvato

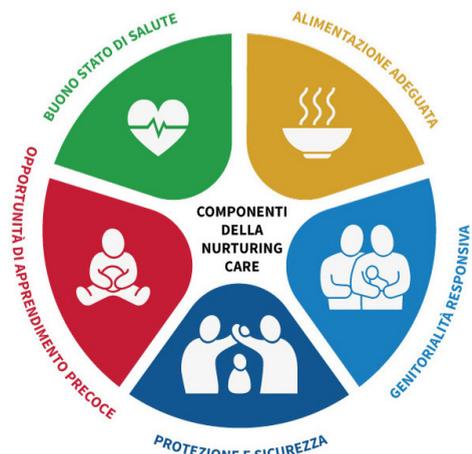


Figura 1 - Componenti della *nurturing care*.

Fonte: Centro per la Salute del Bambino (CSB) Onlus. La *nurturing care* per lo sviluppo infantile precoce. Un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. Traduzione italiana (2018) a cura di Alushaj A. e Tamburlini G. (CSB Onlus) del documento: World Health Organization, Unicef, World Bank. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: WHO; 2018.

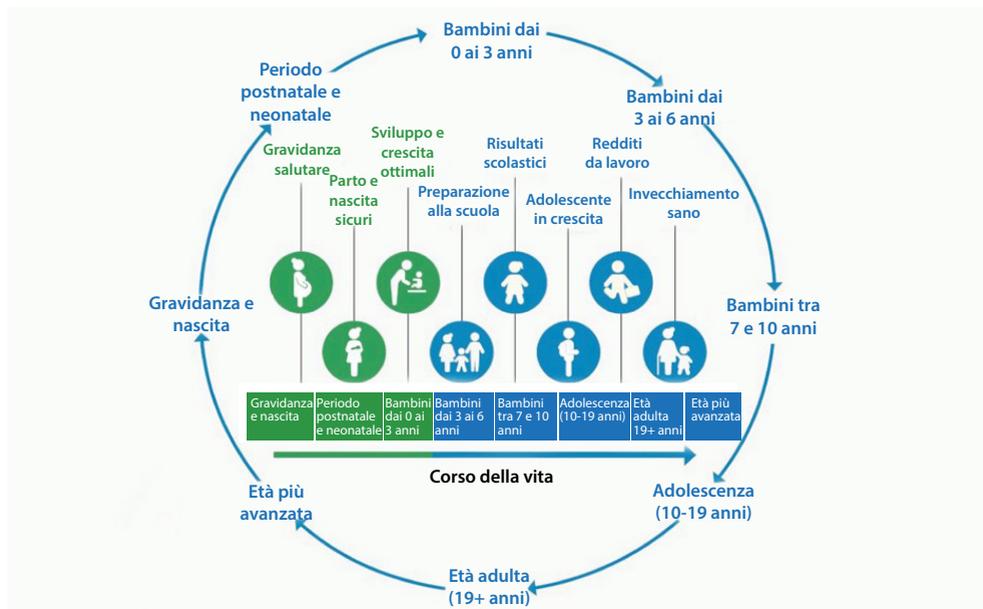


Figura 2 - La *nurturing care* e i suoi benefici nel corso della vita.

Fonte: Centro per la Salute del Bambino (CSB) Onlus. La *nurturing care* per lo sviluppo infantile precoce. Un quadro di riferimento per salvaguardare la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e sviluppo e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano. Traduzione italiana (2018) a cura di Alushaj A. e Tamburlini G. (CSB Onlus) del documento: World Health Organization, Unicef, World Bank. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Ginevra: WHO; 2018.

in Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 20 febbraio 2020 (www.statoRegioni.it/it/conferenza-stato-Regioni/sedute-2020/seduta-del-20022020/atti/repertorio-atto-n-15csr/), è stato elaborato dal Tavolo tecnico multidisciplinare istituito con DM del 26 luglio 2016 del Ministero della Salute, in linea con le raccomandazioni internazionali e con le azioni realizzate negli anni dal Ministero della Salute, anche a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per la riduzione delle disuguaglianze in salute, allo scopo di sistematizzare le principali conoscenze e gli interventi protettivi, a oggi disponibili, relativi ai primi 1.000 giorni di vita che verranno rese disponibili tramite un “vademecum” accessibile alle mamme, alle coppie, ai *caregiver* e ai professionisti della salute.

In sintesi, l’investimento in programmi volti a promuovere la consapevolezza nella comunità, negli operatori e nei *policymaker* sull’importanza di offrire opportunità nei pri-

missimi anni di vita rappresenta una sfida da cogliere, ponendo il tema della prima infanzia tra le priorità delle politiche e dei programmi, considerato che in questi anni di vita si pongono basi solide per la salute, il benessere e lo sviluppo delle future generazioni (22).

La necessità e l’importanza della Sorveglianza Bambini 0-2 anni

Nel nostro Paese, come in altre parti del mondo, l’incremento di malattie croniche non trasmissibili, determinate da fattori di rischio modificabili dipendenti dai comportamenti degli individui (23, 24), ha determinato la necessità di conoscere e di quantificare tali comportamenti allo scopo di programmare azioni di sanità pubblica. Le evidenze scientifiche hanno bisogno, infatti, di essere accompagnate dalla disponibilità di dati che quantifichino la diffusione di tali comportamenti, poiché è noto che ciò che ►

non viene misurato non è conosciuto e su ciò che non si conosce non è possibile intervenire e programmare.

Tenendo conto di queste premesse, nasce il “Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni sui principali determinanti di salute nel bambino” - Sorveglianza Bambini 0-2 anni - inserito nel DPCM del 2017 su registri e sorveglianze di rilevanza nazionale e regionale (25).

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, riconoscendo per tempo l'importanza strategica del sistema citato, a partire dal 2013 ne ha sostenuto la sua sperimentazione con l'Azione Centrale “Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù” (26) e, nel 2016, con l'Azione Centrale “Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia”, affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con il coinvolgimento delle Regioni (27), allo scopo di estendere tale attività a livello nazionale.

La finalità della messa a regime della Sorveglianza è quella di poter disporre di dati rappresentativi di popolazione e quantificare così la diffusione di comportamenti protettivi o a rischio per la salute del bambino e descriverne le differenze territoriali e

socio-demografiche, al fine di programmare reazioni mirate. La conoscenza e la tutela e la promozione di questi determinanti offre l'opportunità di poter agire precocemente per tutelare e promuovere la salute dei bambini e delle generazioni future. In generale, i sistemi di sorveglianza svolgono un ruolo di supporto per la salute pubblica portando all'attenzione dei decisori e degli operatori informazioni strategiche sui fattori protettivi e di rischio per la salute, individuando le disuguaglianze attraverso l'incrocio di variabili di stratificazione e contribuendo alla realizzazione dei programmi di sanità pubblica (28-30).

Quest'ultimo aspetto consente di identificare i bisogni di specifiche fasce di popolazioni e di aumentare la conoscenza e la diffusione di pratiche di dimostrata efficacia. Sebbene, infatti, vi sia la consapevolezza da parte della comunità scientifica e delle istituzioni dell'importanza di tutelare e promuovere la salute già nelle prime epoche della vita, questo ambito resta ancora da potenziare, considerata la scarsa aderenza ai comportamenti protettivi da realizzare in questa fase della vita.

La Sorveglianza rappresenta una risorsa indispensabile al fine di consentire una raccolta sempre più accurata e pertinente di informazioni sui primi 1.000 giorni di vita e per guidare le azioni di prevenzione e di promozione della salute in sanità pubblica. ■

Riferimenti bibliografici

1. Berg A. The importance of the first 1.000 days of life. *J Child Adolesc Ment Health* 2016;28(2):iii-vi.
2. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102.
3. Miniello VL, Diaferio L, Verduci E. I 1.000 giorni che ipotecano il futuro. *Pediatria Preventiva e Sociale* 2016; Anno XI:1.
4. Speri L, Simeoni L, Fretti E. Determinanti di salute nella prima infanzia - Il Programma GenitoriPiù. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, Buoncristiano M, Nardone P, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione*. Roma: CCM/Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2016.
5. Black ME, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017;389(10064):77-90.

6. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Torino: Boringhieri;1972.
7. Winnicott DW. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore; 1970.
8. Montessori M. *La mente del bambino. Mente assorbente*. Milano: Garzanti; 1952.
9. Shonkoff JP, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, *et al*. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129(1):232-46.
10. Crews D. Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology. *Front Neuroendocrinol* 2008;29(3):344-57.
11. Daelmans B, Black MM, Lombardi J, *et al*. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ* 2015;351:h4029.
12. Miller Brotman L, Kiely Gouley K, Chesir-Teran D, *et al*. Prevention for preschoolers at high risk for conduct problems: immediate outcomes on parenting practices and child social competence. *J Clin Child Adol Psychol* 2005;34(4):724-34.
13. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* 2012;126(1):S4-S10.
14. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO; 2008.
15. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, *et al*. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):103-18.
16. Tamburlini G. Come le disuguaglianze nascono, crescono e possono essere contrastate. *La Rivista delle Politiche Sociali* 2019;4.
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. *The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health*. Copenhagen: WHO; 2020 (www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-minsk-declaration).
18. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: WHO; 2018.
19. World Health Organization. *Improving early childhood development: WHO Guideline*. Geneva: WHO; 2020.
20. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Framework on early childhood development in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO; 2020.
21. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>).
22. Centro per la Salute del Bambino (CSB), Associazione Culturale Pediatri (ACP) (Ed.). *Senza Confini. Come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze*. 2020 (https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2021/03/Senza_Confini_20.09.20.pdf).
23. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles*. Geneva: WHO; 2014.
24. World Health Organization Europe. *Gaining health. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO; 2006.
25. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 109, 12 maggio 2017.
26. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, *et al*. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70.

27. Pizzi E, Lauria L, Buoncristiano M, *et al.* Il nuovo Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute 2018*. p. 352-3.
28. Centers For Disease Control and Prevention. *Comprehensive plan for epidemiologic surveillance*. Atlanta: CDC; 1986.
29. Eyles WJ, Noah ND (Ed.). *Surveillance in health and disease*. Oxford: Oxford University Press; 1988.
30. Declish S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bull World Health Organ* 1994;72:285-304.

SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI: FINALITÀ E METODOLOGIA

Enrica Pizzi^a, Michele Antonio Salvatore^a, Laura Lauria^a, Marta Buoncristiano^a,
Serena Donati^a, Angela Spinelli^{*}, Leonardo Speri^{**}, Daniela Marcer^b, Elena Fretti^b,
Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bDipartimento di Prevenzione, Azienda Ulss 9 Scaligera, Verona

Finalità

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni completa la visione *life course* del ventaglio nazionale, aggiungendosi alle altre sorveglianze di popolazione presenti nel nostro Paese (1-4).

La finalità della Sorveglianza Bambini 0-2 anni è quella di raccogliere informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento ai 2 anni di vita per produrre indicatori, in parte richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione (5), che consentano confronti territoriali e intertemporali.

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni rappresenta una risorsa strategica per disporre di dati della popolazione in grado di stimare le prevalenze di comportamenti protettivi o a rischio e per elaborare interventi di promozione della salute psico-fisica nei primi 1.000 giorni di vita.

Implementata tenendo conto dell'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù e facendone proprio l'approccio olistico (6, 7), promuove e sostiene la produzione di conoscenza utile alla formazione continua degli operatori socio-sanitari, all'*empowerment* delle famiglie e delle comunità e all'orientamento della programmazione socio-sanitaria in ambito materno-infantile.

I risultati di interesse, emersi dall'analisi dei dati raccolti dalla Sorveglianza, sono restituiti ai professionisti che in vari contesti si occupano della salute dei bambini, fin da prima della nascita (pediatri di famiglia, assistenti sanitari, medici, ostetriche e ginecologi territoriali, medici di medicina generale, pediatri e ginecologi ospedalieri, ostetriche e personale infermieristico

dei Punti Nascita, personale dei consultori familiari) con l'obiettivo di fornire strumenti conoscitivi utili al miglioramento dei comportamenti a favore della salute nella popolazione 0-2 anni.

La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza è, inoltre, destinata ai decisori politici per orientare la programmazione socio-sanitaria a livello nazionale e regionale.

L'architettura della Sorveglianza

Come discusso nel Capitolo 1 *Importanza e potenzialità del Sistema di Sorveglianza bambini 0-2 anni per la tutela e la promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita* (vedi p. 1), la Sorveglianza Bambini 0-2 anni è stata inserita nel DPCM del 2017 e prevede il coinvolgimento di tutte le Regioni e Province Autonome (PA).

Le Regioni che hanno aderito alla prima edizione della rilevazione sono: Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. A queste si aggiunge la Toscana che partecipa mettendo a disposizione i dati raccolti attraverso un'indagine sul percorso nascita, di tipo longitudinale, già attiva sul territorio regionale e coordinata dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa (8) (Figura 1). Il coinvolgimento delle Regioni nella Sorveglianza è avvenuto dopo un'attenta valutazione con ognuna di esse per proporre e concordare scenari di fattibilità per l'implementazione che garantiscano rigore metodologico e tengano conto, al tempo stesso, di specificità regionali. Le Regioni che non hanno partecipato alla prima edizione e con cui l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha mantenuto un contatto costante hanno aderito per la seconda raccolta dati avviata a giugno 2022. ▶

(*) già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

(**) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Ulss 9 Scaligera, Verona.

Per il suo funzionamento la Sorveglianza si avvale di un Coordinamento Nazionale composto da ricercatori dell'ISS con funzione di supervisione e coordinamento tecnico scientifico; di Referenti regionali e locali con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati; di un Comitato Tecnico Scientifico formato da esperti con funzioni di indirizzo e supporto tecnico-scientifico; di uno Steering Committee che riunisce le principali Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni di settore per promuovere la diffusione dei risultati tra i professionisti, i decisori e i vari portatori d'interesse. Il protocollo e gli strumenti per la raccolta dati hanno avuto l'approvazione del Comitato Etico dell'ISS (in occasione della nuova raccolta dati lo studio è stato nuovamente sottoposto al DPO e al Comitato Etico dell'ISS).

I determinanti di salute indagati e il questionario utilizzato

Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza riguardano alcuni determinanti di salute materno-infantile: assunzione di acido folico

in epoca periconcezionale, consumo di tabacco e di bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, allattamento, lettura precoce in famiglia, esposizione dei bambini a schermi (televisione, computer, tablet o cellulare), posizione in culla, intenzioni vaccinali, sicurezza in casa e in auto (Figura 2).

Vengono, inoltre, rilevate variabili socio-economiche che consentono alla Sorveglianza di cogliere non soltanto disuguaglianze a livello territoriale, ma anche tra diversi sottogruppi di popolazione individuando quelli maggiormente esposti ai fattori di rischio.

Il questionario utilizzato nella Sorveglianza è stato messo a punto perfezionando quello utilizzato nella sperimentazione, a sua volta realizzato a partire dai quesiti già validati dal Programma GenitoriPiù. Per alcuni determinanti, come la sicurezza in casa e in auto e l'esposizione a schermi, sono stati utilizzati, adattandoli, quesiti validati in altri studi (OKkio alla SALUTE, PASSI, PiccoliPiù).

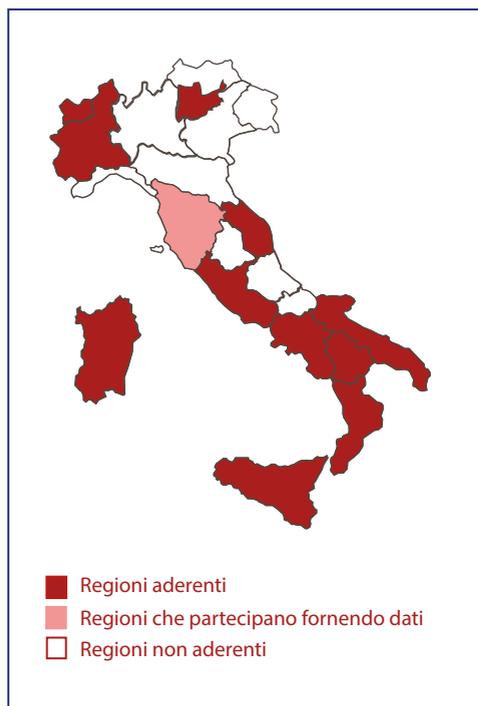


Figura 1 - Regioni e Province Autonome che hanno aderito alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni (2018-2019)



Figura 2 - Determinanti inclusi nella Sorveglianza Bambini 0-2 anni (2018-2019)

Campionamento e raccolta dei dati

La popolazione in studio è costituita dalle mamme di bambini fino ai 2 anni di vita che si rivolgono ai centri vaccinali (CV) per la vaccinazione dei propri figli.

La rilevazione è caratterizzata come un'indagine campionaria finalizzata a produrre stime di prevalenza rappresentative a livello regionale e, per le Regioni che lo richiedono, anche a livello aziendale.

L'arruolamento delle mamme avviene presso tutti i CV presenti nelle Regioni. In questa raccolta dati ove non è stato possibile coinvolgerli tutti, è stata concordata con le singole Regioni una selezione ragionata dei CV partecipanti al fine di garantire un'adeguata rappresentatività territoriale. L'arruolamento avviene in occasione della somministrazione delle seguenti dosi vaccinali: 1^a, 2^a e 3^a dose di Difterite/Tetano/Pertosse - DTP/esavalente e 1^a dose di Morbillo/Parotite/Rosolia/Varicella - MPRV. Ciascuna dose rappresenta una base campionaria a sé stante, corrispondente a una fascia specifica di età all'interno di quella target 0-2 anni (indicativamente 2-3 mesi, 4-5 mesi, 11-12 mesi, 13-15 mesi), quindi sono stati selezionati 4 campioni indipendenti per ogni Regione. Il disegno dello studio prevede un campionamento di tipo pseudo-casuale su base temporale: dall'inizio del reclutamento tutte le mamme eleggibili sono arruolate fino al raggiungimento della numerosità stabilita in corrispondenza di ciascuna dose. La dimensione di ogni campione è calcolata assumendo una variabilità massima del fenomeno da indagare, cioè una prevalenza del 50%, un errore massimo nella stima di 5 o 3 punti percentuali (a seconda della scelta della Regione) e un livello di confidenza del 95%; in ciascuna Regione la popolazione di riferimento è stata assunta pari al numero di nati dell'ultimo anno disponibile. Per le Regioni che lo richiedono viene effettuato un campionamento con rappresentatività locale per una o più aziende sanitarie in corrispondenza di una o più dosi.

Nello studio vengono inclusi solo i bambini accompagnati dalle mamme, in quanto la maggior parte delle domande si riferiscono a stili di vita e comportamenti di queste ultime (ad esempio, modalità di assunzione dell'acido folico, consumo di tabacco e alcol durante la gravidanza o l'allattamento, frequenze di consumo). Le mamme possono essere reclutate e intervistate una sola volta, per cui vengono escluse se già reclutate in occasione della somministrazione al bambino di una precedente dose vaccinale. La raccolta dei dati avviene attraverso un questionario anonimo con domande a risposta multipla autocompilato dalle mamme con il supporto degli operatori. Il questionario, disponibile in più lingue (per questa edizione è stato tradotto in arabo, cinese, albanese, romeno, indi, inglese, francese e spagnolo), può essere compilato in formato cartaceo oppure on-line su un proprio device (cellulare o tablet) nei momenti di attesa che precedono o seguono la seduta vaccinale.

La formazione dei professionisti operatori coinvolti

Tutti i professionisti coinvolti nella Sorveglianza partecipano prima della raccolta dati a una formazione sugli aspetti metodologici e sui contenuti informativi indagati. La formazione sugli aspetti metodologici è finalizzata a garantire uniformità nell'esecuzione delle procedure da parte degli operatori per disporre di dati comparabili tra le Regioni. Sono previsti momenti formativi organizzati dall'ISS per i referenti regionali e loro collaboratori e successive iniziative di formazione a livello locale, organizzate da questi ultimi e rivolte agli operatori direttamente coinvolti nella raccolta dei dati.

In questa edizione la formazione sui contenuti è stata realizzata tramite una FaD dedicata (*vedi Capitolo 4 Formazione degli operatori sui determinanti di salute indagati dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità e metodologia*, p. 41) con la finalità di fornire a tutti gli operatori le conoscenze necessarie per poter informare i genitori sui comportamenti corretti diretti a promuovere- ►

re la salute dei propri figli. Questo momento di contatto tra operatore e genitore è facilitato dalla consegna alla mamma di materiale informativo multilingue dopo la compilazione del questionario, e da poster diffusi nei CV e presso gli studi dei Pediatri di Libera Scelta (vedi Capitolo 5 *Materiali di comunicazione*

adottati dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni, p. 47). Tale materiale è utile alla promozione delle azioni di salute indagate dalla Sorveglianza e promosse dal Programma GenitoriPiù, poiché le descrive offrendo semplici indicazioni e riportando i siti di riferimento per eventuali approfondimenti. ■

Riferimenti bibliografici

1. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, et al. (Ed). Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. *Not Ist Super Sanità* 2018;31(7-8, Suppl. 1). 83 p.
2. Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, et al. (Ed.). La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. *Not Ist Super Sanità* 2020;33(9, Suppl. 1). 65 p.
3. Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, et al. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011;8(1):A24.
4. Contoli B, Carrieri P, Masocco M, et al. PASSI d'Argento (SilverSteps): the main features of the new nationwide surveillance system for the ageing Italian population, Italy 2013-2014. *Ann Ist Super Sanita* 2016;52(4):536-42.
5. Ministero della Salute. *Piano della Prevenzione 2020-2025* (www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5029).
6. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. *Quaderni ACP* 2016;23(2):50.
7. Speri L, Brunelli M (Ed.). *GenitoriPiù: materiale informativo per gli operatori*. Verona: CierreGrafica; 2009.
8. Bonciani M, Lupi B, Corazza I. *Indagine sul percorso nascita in Toscana. Report 2018-2020*. Laboratorio Management e Sanità; 2022.

RISULTATI DELL'INDAGINE 2018-2019

Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria, Marta Buoncristiano,
Mauro Bucciarelli, Serena Donati,
Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020 ed Enrica Pizzi
Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

In questo capitolo sono riportati i principali risultati dell'indagine 2018-2019 relativi alle caratteristiche del campione arruolato e ai determinanti indagati. Le analisi statistiche sono state condotte a livello regionale e i risultati non sono estendibili a tutta l'Italia data la partecipazione alla Sorveglianza di una parte delle Regioni. Per alcuni dei principali indicatori presentati è stato riportato, oltre al dato relativo alle 11 Regioni che hanno aderito a questa prima edizione della Sorveglianza, anche quello della Toscana, che partecipa attraverso i risultati dell'indagine sul percorso nascita 2018-2020 già attiva sul proprio territorio e coordinata dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. L'utilizzo nell'indagine toscana degli stessi quesiti utilizzati dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni per la rilevazione di alcuni determinanti centrali per la salute dei più piccoli ha reso possibile un confronto su alcune delle tematiche indagate, seppur tenendo conto delle differenze legate ai due diversi disegni di indagine* (1).

(*) L'indagine sul percorso nascita in Toscana, di tipo campionario e longitudinale, ha previsto il reclutamento al momento del parto di una coorte di donne residenti o domiciliate in Toscana che hanno partorito in uno dei Punti Nascita regionali tra settembre 2018 e aprile 2019 e che sono state seguite fino a un anno di età del bambino. Il campione è stato arruolato in maniera continua fino al raggiungimento della numerosità stabilita in fase di disegno dello studio. Il questionario è stato autocompilato online dalle mamme nei seguenti momenti: subito dopo la dimissione dal Punto Nascita (T0), a un mese (T1), tre mesi (T3), cinque mesi (T5), sei mesi (T6) e, infine, a dodici mesi di età del bambino (T12).

Caratteristiche del campione

Tra dicembre 2018 e aprile 2019, sono state intervistate complessivamente 29.492 mamme con tassi di partecipazione superiori al 95% in tutte le Regioni che hanno aderito alla Sorveglianza (Figura 1).

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle mamme reclutate vede un'ampia variabilità a livello territoriale (Tabella 1) con le Regioni del Centro-Nord caratterizzate da quote più elevate di mamme con livello di istruzione alto e di mamme nate all'estero rispetto a quelle del Sud; risulta, inoltre, maggiormente diffusa nel Centro-Nord la partecipazione al Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN). La ►

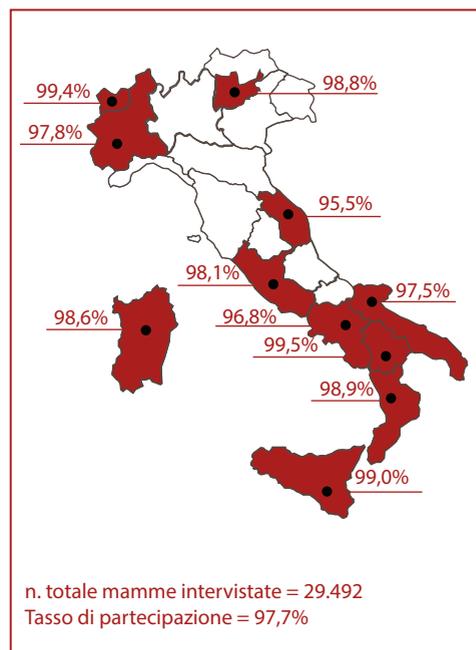


Figura 1 - Tasso di partecipazione per tutte le Regioni che hanno aderito alla Sorveglianza

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche delle mamme partecipanti alla Sorveglianza per Regione

Regione	n.	Caratteristiche socio-demografiche									
		<=29 anni	30-34 anni	>=35 anni	Primipara	Paese estero	Al più licenza nascita inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Difficoltà economiche familiari	Partecipazione a CAN*
Piemonte	2.897	27,9	35,3	36,8	50,8	24,6	21,8	44,4	33,8	34,6	67,7
Valle d'Aosta	693	29,1	33,4	37,5	54,9	16,2	20,2	45,5	34,3	28,8	73,6
PA Trento	1.999	28,8	33,8	37,4	50,4	23,1	11,8	48,8	39,4	27,4	71,8
Marche	2.090	26,1	33,0	40,9	54,8	20,6	16,0	44,9	39,1	40,5	64,7
Lazio	2.143	24,5	31,0	44,5	56,2	18,1	16,4	44,9	38,7	38,7	58,5
Campania	9.254	33,5	34,4	32,0	53,6	5,9	26,9	46,6	26,5	42,1	29,2
Puglia	2.281	30,3	34,3	35,5	53,1	5,0	24,7	46,4	28,9	41,8	45,5
Basilicata	920	17,5	32,2	50,4	57,8	2,9	13,5	47,9	38,7	37,8	58,2
Calabria	2.892	32,0	35,4	32,5	53,1	6,4	16,5	54,9	28,6	52,2	40,5
Sicilia	2.191	29,5	33,5	37,0	53,1	7,0	23,7	46,4	29,9	47,0	50,1
Sardegna	2.132	23,9	29,3	46,8	57,2	5,6	23,6	47,1	29,4	45,0	54,6

(*) Corso di Accompagnamento alla Nascita

quota di mamme che ha riferito difficoltà ad arrivare a fine mese con le risorse a disposizione della famiglia risulta invece più alta nelle Regioni del Sud.

Assunzione di acido folico

L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico (vitamina B9) da quando la coppia comincia a programmare una gravidanza fino alla fine del terzo mese di gestazione, protegge il bambino da gravi malformazioni congenite (MC) quali i difetti di chiusura del tubo neurale (ad esempio, spina bifida) e altre patologie congenite (ad esempio, malformazioni cardiache) (2, 3).

Le MC rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica (4) che si stima riguardi circa il 3% dei nuovi nati (5), rilevante sia per la gravità degli esiti spesso cronici e invalidanti, sia per il loro contributo alla mortalità perinatale.

In Italia le MC colpiscono 1 su 30-50 nati e la prevalenza dei difetti del tubo neurale è di circa 6 per 10.000 nati: il 50% sono casi di spina bifida, il 40% di anencefalie e il 10% di encefalocele (6).

Una revisione *Cochrane* del 2015 conferma che la supplementazione giornaliera di acido folico (pari a 0,4 mg o maggiore in caso di indicazione specifica) presenta un sicuro effetto protettivo per la prevenzione dei difetti del tubo neurale (7). Si stima che l'assunzione appropriata di acido folico possa ridurre il rischio delle malformazioni correlate di circa il 50-70% (8). Per questo, oltre a raccomandare una dieta ricca di frutta e verdura, viene raccomandato di assumere 0,4 mg al giorno di supplemento vitaminico a tutte le donne in età fertile che programmano o che non escludono una gravidanza (9, 10).

L'assunzione periconcezionale di acido folico rappresenta anche un importante indicatore di *empowerment* delle donne, in quanto espressione di consapevolezza circa la possibilità di prevenire dei rischi per il nascituro.

Risultati

In tutte le Regioni partecipanti alla Sorveglianza oltre il 90% delle mamme ha riferito di aver assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto una quota contenuta di esse lo ha fatto in maniera appropriata per la preven-

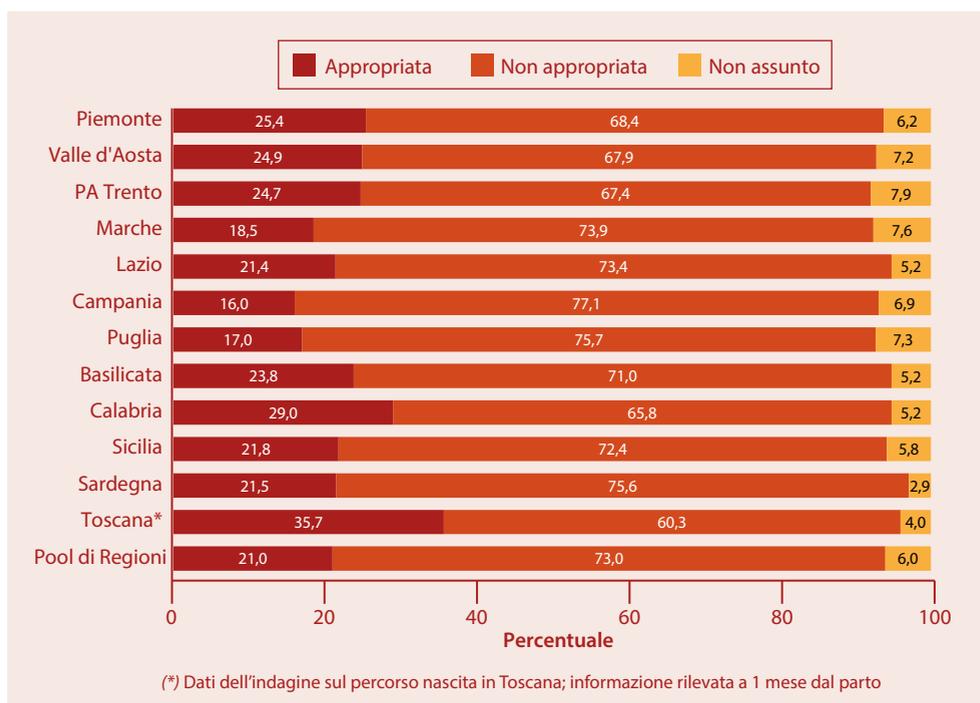


Figura 2 - Assunzione di acido folico

zione delle MC (Figura 2). La grande maggioranza delle mamme lo ha assunto a gravidanza già iniziata, vanificando l'effetto preventivo. L'assunzione appropriata in epoca perinatale varia dal 16,0% in Campania al 29,0% in Calabria. La quota risulta pari al 35,7% in Toscana, in base ai risultati dell'indagine sul percorso nascita condotta nella Regione. È necessario sottolineare che il dato per la Toscana è stato rilevato tra le mamme a 1 mese dal parto, mentre per le altre Regioni il dato riguarda tutte le mamme intervistate indipendentemente dall'età del bambino.

L'assunzione di acido folico da prima del concepimento presuppone che la donna programmi la gravidanza o comunque che non si attivi per evitarla. Considerando solo le mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza (Campania 70,2% - Valle d'Aosta 83,8%; Toscana 87,8%), le percentuali di coloro che hanno assunto acido folico in modo appropriato risultano solo leggermente maggiori rispetto al dato complessivo, variando dal 19,2% (Campania) al 34,9% (Calabria) (Figura 3). La prevalenza risulta pari al 38,8% in Toscana. ►

L'assunzione appropriata di acido folico è stata analizzata in relazione ad alcune variabili socio-economiche, come riportato in Tabella 2. Si evidenzia una forte associazione con il livello di istruzione della madre potendo osservare ovunque quote sensibilmente più alte di assunzione appropriata tra le più istruite. In numerose Regioni le differenze tra le quote osservate nelle mamme laureate e le quote nelle mamme con al più la licenza media inferiore sono prossime ai 20 punti percentuali. In tutte le Regioni l'assunzione appropriata risulta, inoltre, più diffusa tra le mamme che non hanno riferito difficoltà economiche rispetto a quelle che hanno dichiarato di avere difficoltà ad arrivare a fine mese, seppur con divari più contenuti rispetto a quelli rilevati per il livello di istruzione. In tutte le Regioni, infine, sono le mamme nate in Italia a presentare livelli di assunzione appropriata più elevati, con differenze più marcate rispetto alle mamme nate all'estero nelle Regioni del Centro-Nord e in Calabria. ►

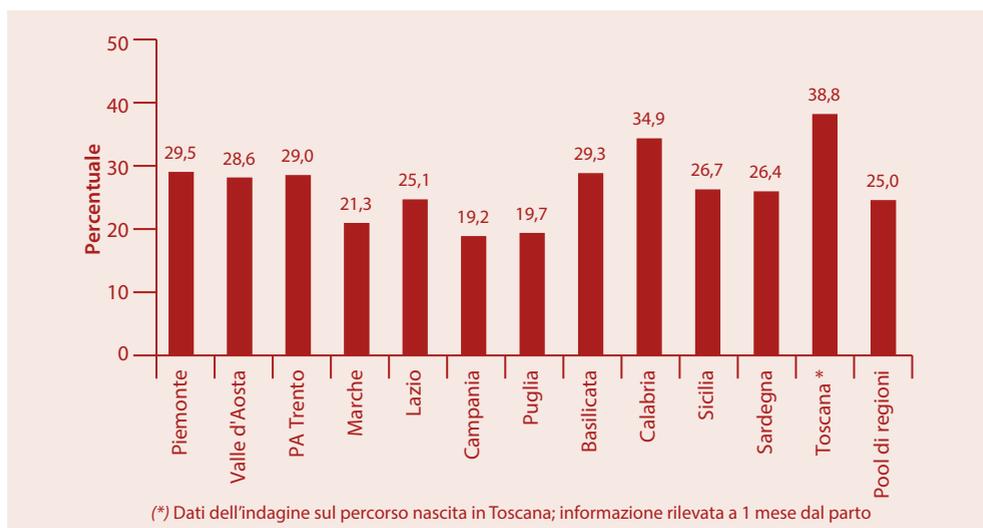


Figura 3 - Assunzione appropriata di acido folico - Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza

Tabella 2 - Assunzione appropriata di acido folico (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche. Mamme che hanno programmato/non escluso la gravidanza

Regione	n. gravidanze programmate/ non escluse	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.279	17,5	28,3	37,3	21,4	33,5	32,9	18,0
Valle d'Aosta	572	21,1	24,2	37,7	24,3	30,4	29,4	19,2
PA Trento	1.590	19,1	24,2	36,8	19,8	31,6	32,1	17,7
Marche	1.635	10,6	19,9	25,6	18,4	22,8	23,4	11,7
Lazio	1.644	12,3	23,2	32,6	22,8	27,0	26,1	18,7
Campania	6.140	12,7	19,2	25,7	16,5	21,4	19,4	15,2
Puglia	1.597	17,0	17,9	25,8	16,8	22,7	20,4	19,9
Basilicata	703	18,2	25,2	37,9	24,2	31,9	29,7	21,4
Calabria	2.158	21,0	36,2	40,2	33,5	36,1	36,7	16,4
Sicilia	1.572	17,3	23,8	36,8	22,6	30,0	26,5	20,1
Sardegna	1.570	14,7	26,7	33,8	22,2	29,7	26,9	19,0

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra l'assunzione appropriata di acido folico e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche). L'analisi ha

rilevato un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, l'assunzione appropriata è risultata significativamente più frequente tra le mamme di età più avanzata (30-34 anni e 35 anni e più), le primipare, le più istruite (licenza media superiore o laurea), quelle nate in Italia e quelle che non hanno riferito difficoltà economiche.

Consumo di tabacco

La protezione dei bambini dall'esposizione al fumo di tabacco rappresenta, ancora oggi, un'importante azione di sanità pubblica, come recentemente indicato dall'OMS (11). Le evidenze scientifiche sottolineano infatti che i bambini esposti al fumo di tabacco sono a maggior rischio per diverse malattie. Il fumo di tabacco contiene cancerogeni e altre sostanze nocive, come formaldeide, benzene e piombo, che sono particolarmente dannose per il feto e per i bambini piccoli (12). Il fumo materno durante la gravidanza risulta associato a un aumento di rischio di diverse complicanze ostetriche e perinatali: gravidanza ectopica (13); distacco di placenta e placenta previa (13); aborto spontaneo (14); rottura prematura e precoce delle membrane (15); parto pretermine (16) e morte perinatale (17). Inoltre i bambini esposti a fumo passivo sono a maggior rischio di bronchiolite, polmonite e altre infezioni respiratorie (18).

Anche il fumo paterno, prima e durante la gravidanza, ha un impatto negativo sulla salute del bambino, risultando associato a esiti quali l'aumento del rischio di leucemia linfoblastica

acuta e di altri tipi di tumori (19). Alcuni studi evidenziano anche il possibile impatto intergenerazionale del fumo passivo: per esempio, nipoti di donne che hanno fumato durante la gravidanza sembrano avere maggiori probabilità di sviluppare l'asma. I bambini esposti al fumo passivo sviluppano più spesso problemi comportamentali e scolastici e bambini con *caregiver* che fumano hanno quasi il 70% in più di probabilità di iniziare a fumare entro i 15 anni (11).

Risultati

Il consumo di tabacco è stato indagato chiedendo alle mamme se fossero fumatrici al momento dell'intervista, se lo fossero quando hanno saputo di essere incinte e se avessero fumato durante la gravidanza. Inoltre, è stato chiesto se il padre e/o altri conviventi del bambino fossero fumatori alla data dell'intervista.

La lettura complessiva dei dati mostra che nel pool di Regioni la quota di mamme che ha dichiarato di aver fumato in gravidanza è pari al 6,2%, mentre la quota di fumatrici alla data dell'intervista sale al 15,5% (Figura 4). Se si considerano le mamme che alla data dell'intervista stavano allat- ▶

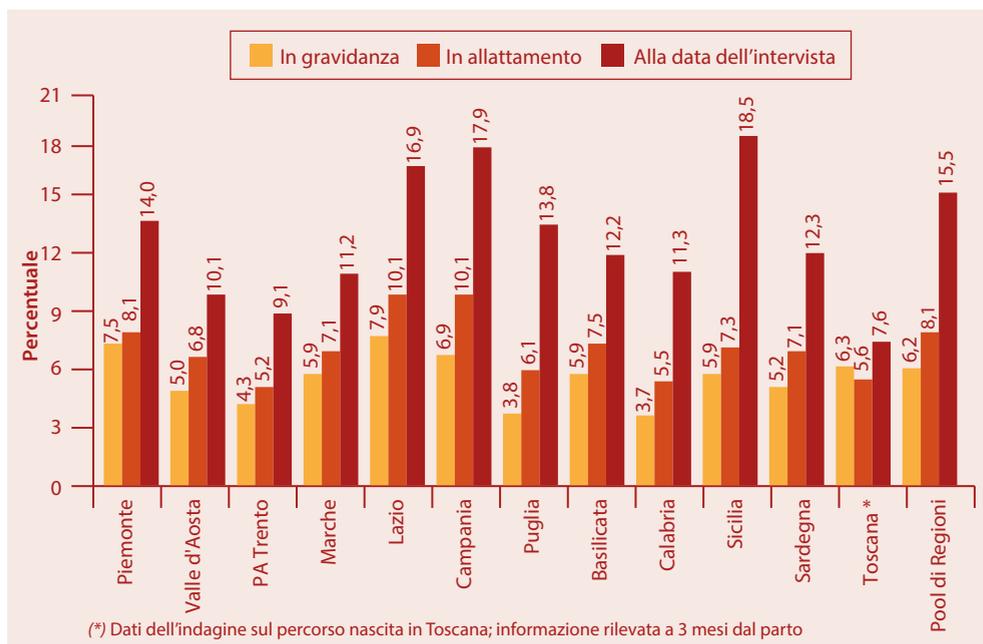


Figura 4 - Mamme fumatrici in gravidanza, in allattamento e alla data dell'intervista

tando la percentuale di fumatrici si riduce all'8,1%. A livello regionale le prevalenze di mamme che hanno dichiarato di aver fumato durante la gravidanza variano dal 3,7% in Calabria al 7,9% nel Lazio. Le percentuali di fumatrici al momento dell'intervista presentano una variabilità per Regione simile, con valori compresi tra il 9,1% nella Provincia Autonoma (PA) di Trento e il 18,5% in Sicilia. Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando, le quote di fumatrici si riducono, assumendo in tutte le Regioni valori non molto distanti da quelli rilevati in gravidanza. L'allattamento materno risulta pertanto protettivo rispetto al consumo di tabacco dopo la nascita del bambino. Per la Toscana è stata riportata l'informazione sul consumo di tabacco rilevata a 3 mesi dal parto: hanno dichiarato di aver fumato durante la gravidanza il 6,3% delle mamme, mentre hanno dichiarato di fumare al momento dell'intervista il 7,6%, quota che si riduce al 5,6% tra le mamme che stavano allattando. Le stesse percentuali, calcolate tra le mamme con bambini di 3 mesi di età nel pool di Regioni, sono pari rispettivamente a 6,9%, 12,4% e 6,9% (dati non riportati in Figura).

La percentuale di bambini con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore alla data dell'intervista varia tra il 27,0% nella PA di Trento e il 46,5% in Sicilia, evidenziando livelli tendenzialmente maggiori di potenziale esposizione al fumo nelle Regioni del Sud (Figura 5). In Toscana, a 3 mesi dal parto, il 31,3% dei bambini viveva con fumatori, a fronte del 41,5% dei bambini di 3 mesi rilevato nel pool di Regioni (dato non riportato in Figura).

Nella Tabella 3 vengono riportate le prevalenze di mamme che hanno fumato in gravidanza nelle 11 Regioni per caratteristiche socio-economiche. In tutte le Regioni la quota di mamme che ha dichiarato di aver fumato in gravidanza risulta sensibilmente più elevata tra le meno istruite e tra quelle che hanno riferito difficoltà economiche. Per quanto riguarda il Paese di nascita, le differenze tra le mamme nate in Italia e quelle nate all'estero risultano generalmente più contenute, con prevalenze di fumatrici in gravidanza maggiori tra le une o tra le altre a seconda della Regione.

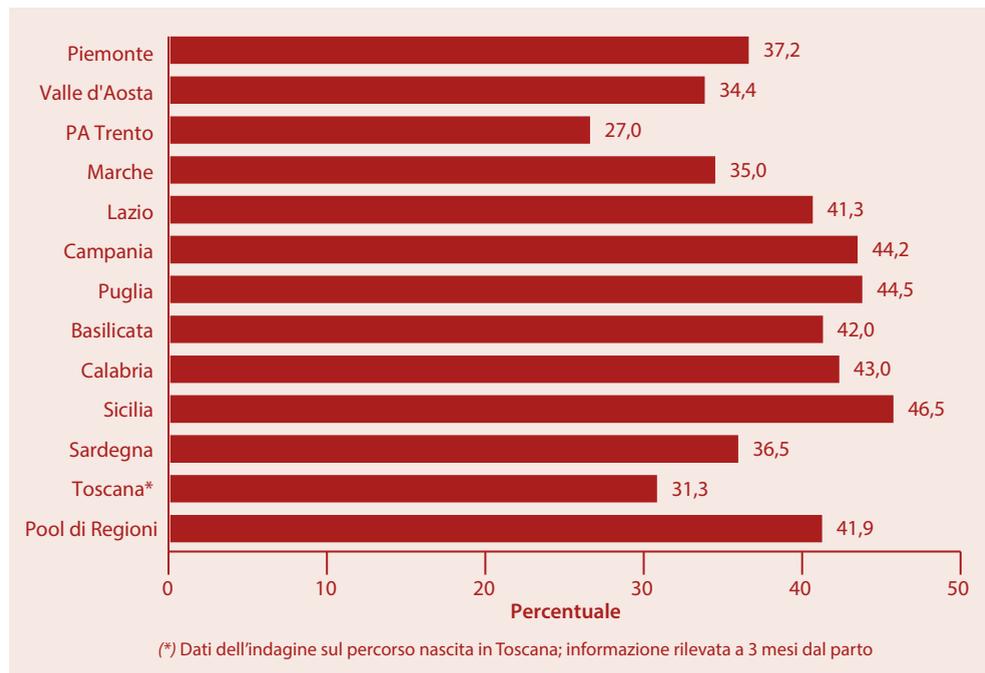


Figura 5 - Bambini con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore alla data dell'intervista

Tabella 3 - Mamme fumatrici (%) durante la gravidanza per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.843	15,0	6,2	4,0	12,6	4,7	7,8	6,1
Valle d'Aosta	681	11,5	4,8	2,1	9,5	3,3	5,8	0,9
PA Trento	1.973	7,9	6,3	0,7	8,1	2,9	3,9	5,7
Marche	2.055	11,4	6,7	2,8	9,2	3,6	5,1	8,2
Lazio	2.116	19,3	8,9	2,2	12,2	5,1	7,4	10,2
Campania	8.941	12,9	5,8	3,0	9,6	4,9	6,8	9,4
Puglia	2.239	10,5	2,1	1,0	5,6	2,7	3,6	9,4
Basilicata	909	13,9	5,2	3,9	9,1	4,0	5,7	4,2
Calabria	2.794	8,7	3,3	1,4	4,2	3,3	3,5	6,2
Sicilia	2.160	14,2	4,4	1,8	7,8	4,4	6,0	5,2
Sardegna	2.077	12,7	3,5	2,0	7,9	3,1	5,3	3,7

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il fumo in gravidanza e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, presenza/assenza di difficoltà economiche, Paese di nascita) rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per età, livello di istruzione e Paese di nascita della madre e per la presenza/assenza di difficoltà economiche, ma non per la parità. In particolare, il fumo in gravidanza è risultato maggiormente diffuso tra le mamme più giovani (sotto i 30 anni di età), al diminuire del livello di istruzione, tra quelle nate in Italia e quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese.

Consumo di bevande alcoliche

Le evidenze scientifiche raccomandano di contrastare il consumo di alcol in gravidanza e in allattamento quale importante fattore di rischio per la salute del bambino (20). L'alcol influenza tutte le tappe del processo riproduttivo: si associa a infertilità e ha un effetto sullo sviluppo anormale di tessuti e organi del nascituro. L'embrione, il feto e il lattante non hanno la capacità di metabolizzare l'alcol, che agisce come sostanza tossica.

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento è associata a molteplici danni alla salute del bambino che comprendono lo spettro dei disordini feto-alcolici (FASD) (la cui patologia più grave è la sindrome fetoalcolica - Fetal Alcohol Syndrome, FAS) (21, 22), l'aborto spontaneo, il parto pretermine, il basso peso alla nascita, alcune malformazioni congenite, la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS), e le difficoltà cognitive e relazionali (23-25). L'alcol bevuto dalla mamma passa la barriera placentare ed è presente nel latte materno. Le raccomandazioni indicano di evitare di assumere anche piccole quantità di bevande alcoliche quando si sta programmando una gravidanza, si è in gravidanza o si allatta (26). Le donne in gravidanza devono quindi astenersi completamente dall'uso di bevande alcoliche, così come durante l'allattamento (27). Nel caso di assunzione anche di modica quantità in allattamento si raccomanda di distanziare la poppata di almeno 2 ore.

Risultati

Il consumo di bevande alcoliche è stato indagato chiedendo se in gravidanza e nei 30 giorni precedenti l'intervista fosse stato assunto alcol (anche solo mezzo bicchiere di vino o una birra piccola o un aperitivo) e con quale frequenza. ►

Il 19,7% delle mamme nel pool di Regioni ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza. La quota varia tra il 15,8% in Calabria e il 32,9% in Valle d'Aosta, con valori tendenzialmente più alti nelle Regioni del Centro-Nord (Figura 6). Se si considerano le frequenze più elevate di consumo, la quota di mamme che ha assunto alcol due o più volte a settimana presenta valori compresi tra lo 0,6% e il 2,2%.

Episodi di *binge drinking* (consumo elevato di alcol) in gravidanza, inteso come il consumo di almeno 4 unità di bevande alcoliche (bicchiere di vino o una lattina di birra o un aperitivo o un bicchiere di liquore) in un'unica occasione, sono stati riportati, con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese, dal 5,9% delle mamme (le prevalenze variano tra l'1,6% e il 9,5% nelle 11 Regioni) senza particolari differenze tra Regioni del Nord, Centro e Sud.

In tutte le Regioni la percentuale di mamme che ha assunto alcol in allattamento è più elevata di quella rilevata in gravidanza. Hanno consumato bevande alcoliche, almeno 1-2 volte durante il mese precedente l'intervista, tra il 29,5% delle mamme che stavano allattando in Sardegna e il

45,2% nelle Marche, con valori tendenzialmente più elevati nelle Regioni del Centro-Nord (Figura 7). Il consumo risulta più diffuso, rispetto alla gravidanza, sia in corrispondenza delle categorie di frequenza più basse sia di quelle più elevate.

Per la Toscana sono state riportate le informazioni sul consumo di alcol rilevate a 3 mesi dal parto: il 28,3% delle mamme ha dichiarato di aver bevuto bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza (Figura 6) e il 52,9% durante l'allattamento (Figura 7). Le medie nel pool di Regioni calcolate tra le mamme con bambini di 3 mesi di età risultano pari rispettivamente a 21,4% e 32,0% (dati non riportati nelle Figure).

Il consumo di alcol in gravidanza è stato analizzato in relazione ad alcune variabili socio-economiche come riportato in Tabella 4. In tutte le Regioni, il consumo risulta più frequente tra le mamme più istruite, con divari rispetto alle mamme meno istruite particolarmente accentuati nelle Regioni del Nord (in particolare, Piemonte e Valle d'Aosta). Per quanto riguarda le difficoltà economiche, le differenze riscontrate tra chi riporta tali difficoltà e chi no risultano contenute e non sempre nella stessa direzione. Anche il consumo di alcol per Paese di nascita

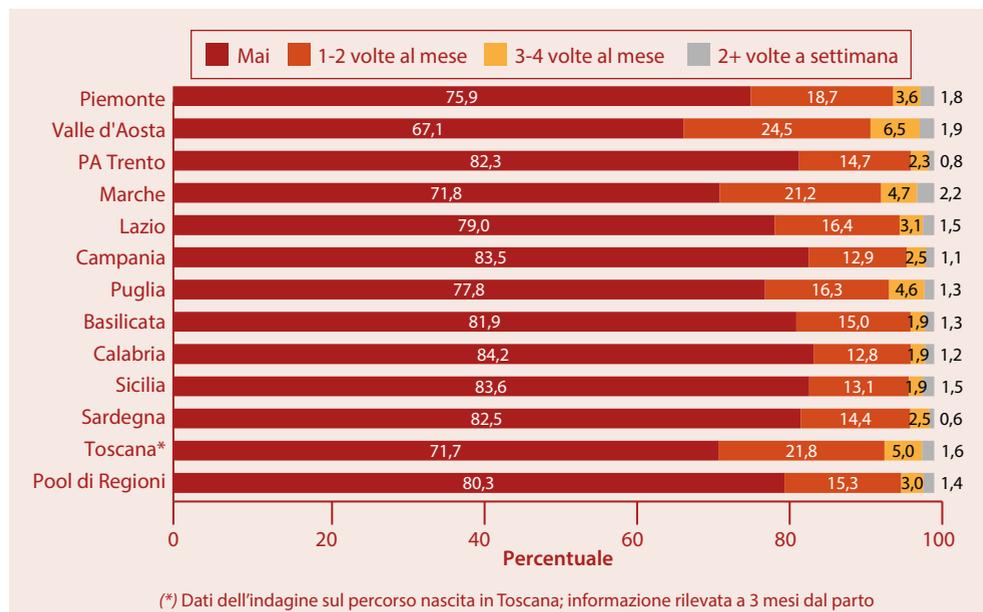


Figura 6 - Consumo di bevande alcoliche in gravidanza

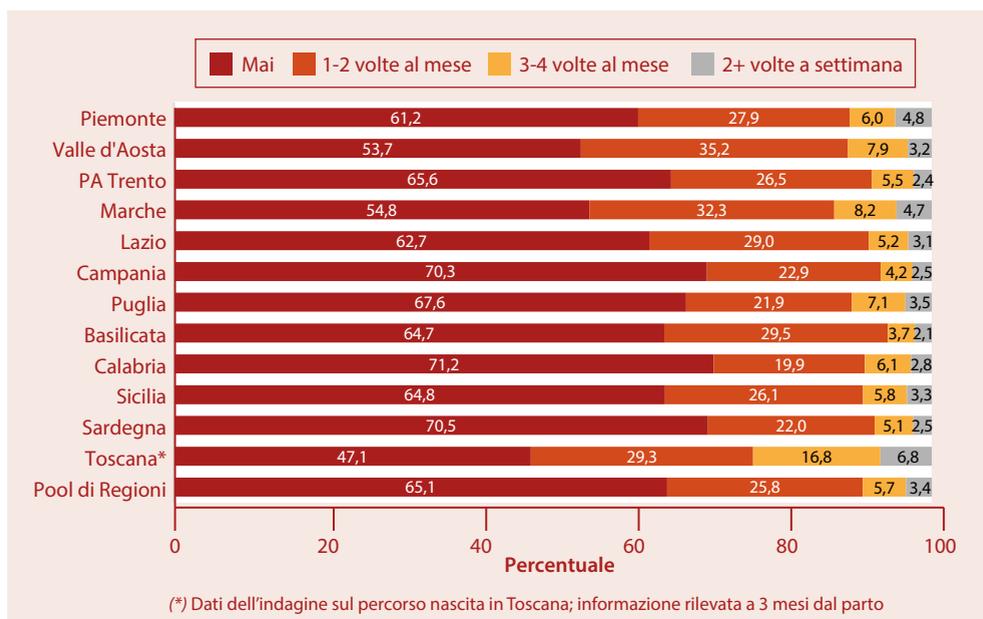


Figura 7 - Consumo di bevande alcoliche in allattamento

Tabella 4 - Mamme che hanno consumato alcol con periodicità di almeno 1-2 volte al mese (%) durante la gravidanza per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.863	17,4	23,0	30,0	24,1	24,2	25,7	17,9
Valle d'Aosta	688	17,7	36,4	37,9	29,3	34,7	33,8	25,6
PA Trento	1.972	14,1	17,2	20,0	17,2	18,1	18,1	14,9
Marche	2.068	21,6	28,1	30,6	28,4	28,2	30,9	17,2
Lazio	2.114	20,4	19,5	23,5	20,5	21,3	21,2	21,3
Campania	9.116	14,6	16,7	18,2	16,9	16,2	16,5	16,8
Puglia	2.247	18,8	22,1	24,3	20,9	22,7	22,4	13,5
Basilicata	915	19,2	16,1	19,8	19,1	17,6	17,9	28,3
Calabria	2.816	12,1	16,1	17,9	16,9	15,0	15,9	20,0
Sicilia	2.175	12,3	17,5	18,3	16,6	16,4	16,2	15,7
Sardegna	2.096	16,3	17,3	18,2	17,8	17,6	17,4	15,4

risulta dipendente dalla Regione: alla minore diffusione del consumo tra le mamme nate all'estero rilevata nelle Regioni del Centro-Nord (a eccezione del Lazio) si associano risultati contrastanti nelle Regioni del Sud.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il consumo di alcol in gravidanza (almeno ►

1-2 volte al mese) e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per età, livello di istruzione e presenza/assenza di difficoltà economiche. In particolare, il consumo di bevande alcoliche è risultato maggiormente diffuso tra le mamme ultratrentenni, le più istruite (licenza media superiore o laurea) e quelle che hanno riferito difficoltà economiche. Non sono state rilevate associazioni statisticamente significative con la parità e il Paese di nascita. Il consumo di alcol in gravidanza rappresenta, dunque, un fattore di rischio maggiormente diffuso tra le mamme di livello socio-culturale più elevato, ma questo non risulta più vero se si assume come *outcome* il *binge drinking*.

Allattamento

L'OMS e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo fino ai sei mesi di vita del bambino e di continuare ad allattare, in associazione con un'adeguata alimentazione complementare, fino ai 2 anni e oltre se mamma e bimbo lo desiderano (28-30). L'allattamento materno è il modo fisiologico di fornire al bambino i nutrienti di cui ha bisogno per un sano sviluppo. Il latte materno è una sostanza viva che cambia in continuazione, sia durante la poppata che nell'arco del tempo, rispettando il fabbisogno del bambino (31).

L'allattamento ha benefici per il bambino facilitando la prevenzione di patologie dell'infanzia e dell'età adulta (ad esempio, diabete, obesità), contribuendo a diminuire la mortalità post-natale e il rischio di SIDS, di infezioni, in particolare del tratto respiratorio, e di malattie allergiche e migliorando la risposta alle vaccinazioni (32-34). Soprattutto in caso di nati pretermine, il latte materno contribuisce a potenziare le difese immunitarie del bambino (35). L'allattamento promuove inoltre lo sviluppo psicomotorio e cognitivo, favorendo la relazione tra madre e bambino (36). Molti dei suoi effetti benefici sono direttamente correlati con la durata dell'allattamento, suggerendone un potenziale effetto cumulativo (37).

Offre anche benefici per la madre, favorendone il recupero psicofisico e riducendo i rischi di alcune patologie (come tumore al seno, all'utero e alle ovaie, diabete mellito tipo 2 e malattie cardiovascolari) (38, 39).

La relativa bassa adesione alle raccomandazioni in Italia (40) ribadisce l'importanza di un'azione continua di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno come indicato nelle politiche nazionali (41).

Risultati

L'allattamento materno, e più in generale l'alimentazione del bambino, sono stati indagati, come raccomandato dall'OMS, sulla base di un set di domande che fanno riferimento alle 24 ore precedenti l'intervista (42). I risultati mostrano che complessivamente nel pool di Regioni i bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta (fascia di età suggerita dall'OMS per la stima dell'allattamento esclusivo fino a 6 mesi) sono poco meno di un quarto (23,7%) (Figura 8). La quota varia tra il 16,8% in Campania e il 44,7% nella PA di Trento, assumendo valori più bassi nelle Regioni del Sud. Per la Toscana è stata riportata la distribuzione per tipologia di allattamento a 5 mesi dal parto, risultando pari a 40,6% la quota di allattamento esclusivo; la stessa percentuale, calcolata tra i bambini di 5 mesi nel pool di Regioni, è pari al 17,4% (dato non riportato in Figura).

Analizzando la diffusione dell'allattamento oltre l'anno di vita, la prevalenza di bambini che ha assunto latte materno nella fascia di età 12-15 mesi (proposta dall'OMS per la stima dell'allattamento continuato oltre i 12 mesi) è pari al 31,3% nel pool di Regioni (Figura 9). A livello regionale la quota varia tra il 22,4% in Campania e il 40,8% in Piemonte, con valori che tendono a decrescere passando dalle Regioni del Nord a quelle del Centro e del Sud. Per la Toscana la quota di bambini che ha ricevuto latte materno a 12 mesi dal parto è pari al 51,4%, a fronte di una media del 36,3% calcolata tra i bambini di 12 mesi nel pool di Regioni (dato non riportato in Figura).

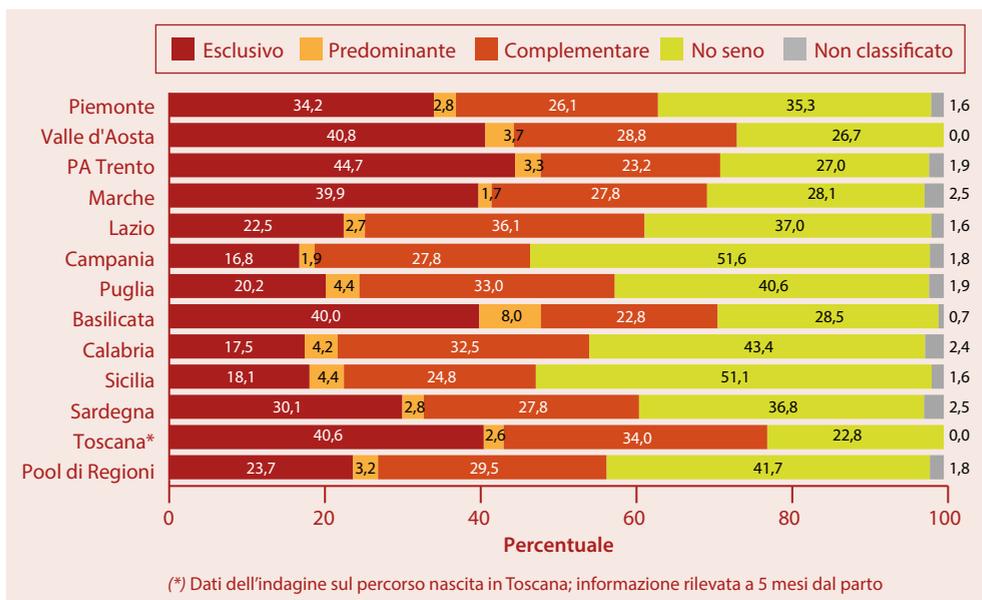


Figura 8 - Tipologia di allattamento (bambini di 4-5 mesi compiuti)

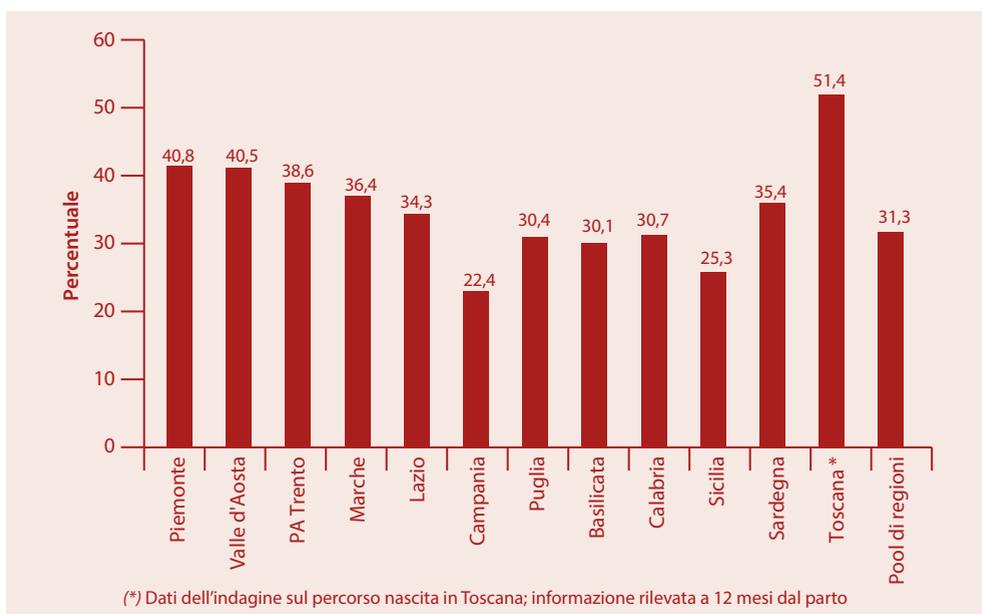


Figura 9 - Bambini allattati nella fascia d'età 12-15 mesi compiuti

Risulta non essere mai stato allattato l'11,7% del totale dei bambini di 0-2 anni, con quote più alte nelle Regioni del Sud e comprese tra il 5,0% nelle Marche e il 18,4% in Sicilia.

Nella Tabella 5 vengono riportate le prevalenze di bambini di età inferiore a 6 mesi allattati in maniera esclusiva nelle 11 Regioni per caratteristiche socio-economiche. Ovunque si rile-

Tabella 5 - Bambini di età inferiore a 6 mesi allattati in maniera esclusiva (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. bambini < 6 mesi di età	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita		Partecipazione al CAN*	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	SI	No	Italia	Estero	SI	No
Piemonte	1.541	32,9	43,2	48,7	38,8	44,7	40,8	49,8	47,7	32,8
Valle d'Aosta	271	44,6	50,4	58,5	45,8	53,7	50,7	59,6	55,2	44,1
PA Trento	895	46,3	48,5	58,4	47,3	54,1	53,4	48,6	56,8	40,4
Marche	864	35,8	42,0	53,8	39,1	50,0	46,7	44,6	49,2	40,2
Lazio	943	28,1	28,4	39,3	29,3	35,4	33,4	33,5	36,6	28,1
Campania	4.056	16,1	22,5	30,1	21,0	24,1	22,6	30,5	29,2	20,1
Puglia	974	17,9	28,2	37,1	23,4	31,9	28,7	36,7	34,8	22,9
Basilicata	423	30,4	49,5	49,2	45,0	48,9	48,4	17,6	51,6	40,1
Calabria	1.560	19,9	27,4	32,8	29,5	25,9	28,7	21,6	32,5	24,3
Sicilia	835	16,6	25,6	36,4	26,4	26,2	26,8	33,0	33,6	18,7
Sardegna	939	26,5	35,6	45,8	32,8	39,8	36,4	57,9	42,9	29,0

(*) Corso di accompagnamento alla nascita

vano quote più elevate tra le mamme più istruite e tra quelle che hanno partecipato a un CAN. Per quanto riguarda le difficoltà economiche, le mamme che dichiarano di non avere difficoltà ad arrivare a fine mese riferiscono percentuali più alte di allattamento esclusivo, con l'eccezione di Calabria e Sicilia. L'associazione con il Paese di nascita risulta dipendente dalla singola Regione.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi ai bambini di età inferiore a 6 mesi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra allattamento esclusivo e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche, partecipazione a un CAN), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione della presenza/assenza di difficoltà economiche. In particolare l'allattamento esclusivo è risultato significativamente più diffuso tra le mamme più giovani (sotto i 35 anni), le pluripare, al crescere del livello di istruzione, tra le mamme nate all'estero e tra quelle che hanno partecipato a un CAN.

Letture precoce in famiglia

Le evidenze scientifiche hanno mostrato effetti positivi della lettura in famiglia già dai primi mesi di vita sullo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale contribuendo a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socio-culturale (43).

Leggere regolarmente al bambino ha un effetto di rassicurazione sul piano affettivo ed emotivo alimentando anche il desiderio di imparare; l'ascolto di storie si associa con l'attivazione di aree cerebrali sottostanti la creazione di immagini mentali, favorisce lo sviluppo del linguaggio verbale e l'apprendimento della lettura una volta a scuola (44-46). Stimolando precocemente la *literacy* nei bambini, cioè competenze intellettuali relative alla lettura e alla scrittura, si facilita la loro autonoma capacità di svilupparle impattando positivamente anche sulla sfera della realizzazione personale (47).

La lettura in famiglia ha effetti positivi sulla relazione tra *caregiver* e bambino (48) rappresentando un'esperienza piacevole per entrambi rafforzando la relazione, ma anche la fiducia dei genitori nelle proprie competenze (49). Inoltre, va ad alimentare l'insieme delle relazioni intra ed extrafamiliari, cioè il "capitale sociale" della fami-

glia (50) il quale a sua volta può avere un impatto importante sul benessere e sullo sviluppo dei bambini.

Al fine di promuovere la lettura precoce in famiglia negli ultimi anni si sono sviluppate, a livello internazionale, iniziative quali il Progetto *Reach out and Read* negli Stati Uniti (51) con la collaborazione dei pediatri e *Bookstart* nel Regno Unito (52) basato sulle visite a domicilio delle Assistenti Sanitarie con consegna di libri. A livello nazionale si è diffuso il progetto denominato *Nati per Leggere* (53) che si pone come obiettivo la promozione della lettura in famiglia sin dalla nascita e coinvolge pediatri e bibliotecari.

Risultati

La lettura precoce in famiglia è stata indagata chiedendo alle mamme se durante la settimana precedente l'intervista fosse stato letto un libro al bambino e con quale frequenza.

La diffusione di tale abitudine è stata analizzata tra le mamme di bambini di almeno 6 mesi di età. Nella fascia 6-12 mesi, nel pool di Regioni la quota di bambini ai quali nel corso della settimana prima dell'intervista non sono stati letti libri risulta pari al 44,7%, mentre la let-

tura è avvenuta regolarmente tutti i giorni della settimana per il 15,5% (Figura 10). La quota di bambini mai esposti a lettura varia, nella fascia di età 6-12 mesi, tra il 17,7% in Valle d'Aosta e il 53,9% in Sicilia, assumendo valori più contenuti nelle Regioni del Nord. Nelle Regioni del Nord si rilevano quote più elevate di bambini esposti a lettura tutti i giorni della settimana (30% contro il 10-20% nelle restanti Regioni). Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'abitudine alla lettura a 6 mesi dal parto, risultando pari al 39,1% la quota di bambini a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista; la stessa percentuale, calcolata nel pool di Regioni tra le mamme con bambini di 6 mesi di età, risulta pari al 53,3% (dato non riportato in Figura).

Tra i bambini di età superiore a un anno, la quota a cui non è mai stato letto un libro durante la settimana precedente l'intervista risulta complessivamente pari al 34,7% (9,5% in Valle d'Aosta - 43,6% in Puglia), riducendosi in quasi tutte le Regioni rispetto alla quota rilevata tra i più piccoli (Figura 11). Allo stesso tempo cresce la quota di bambini esposti quotidianamente a lettura, pari complessivamente al 21,6% (14,1% in Puglia - 43,6% in Valle d'Aosta). ▶

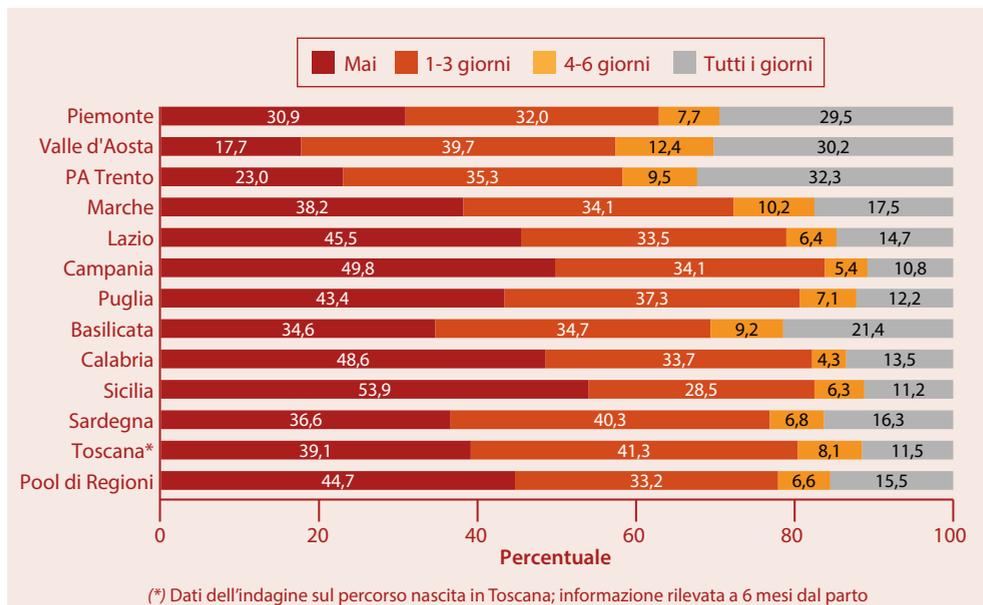


Figura 10 - Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino (età di 6-12 mesi) nella settimana precedente l'intervista

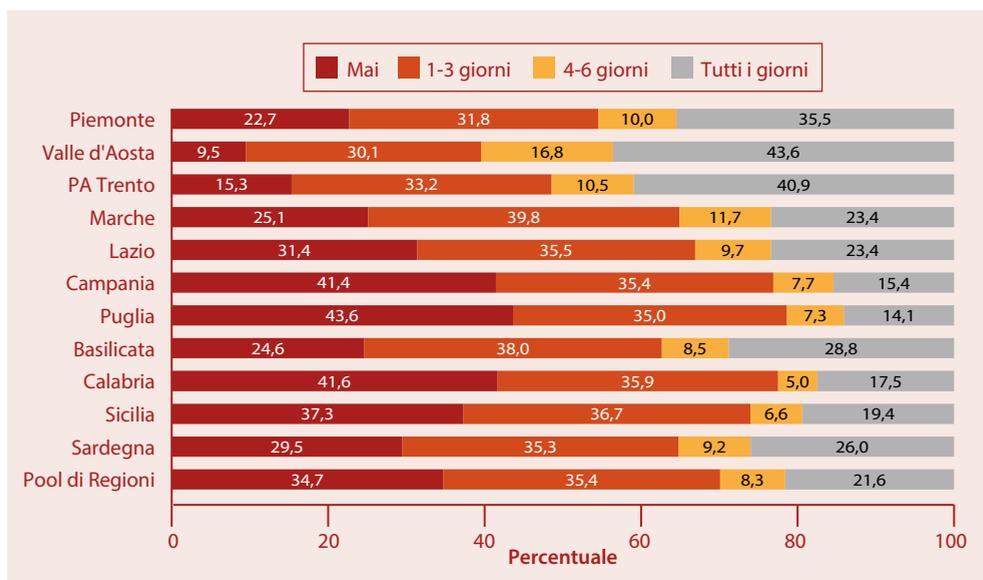


Figura 11 - Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino (età superiore a 12 mesi) nella settimana precedente l'intervista

Nella Tabella 6 vengono riportate le prevalenze di bambini di almeno 6 mesi di età a cui non è stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista per caratteristiche socio-economiche nelle

11 Regioni. L'abitudine a leggere libri al proprio bambino è un determinante di salute fortemente dipendente dalle caratteristiche della madre, con quote di bambini di almeno 6 mesi di età a cui non

Tabella 6 - Bambini di almeno 6 mesi di età a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. bambini ≥ 6 mesi di età	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita		Lettrice	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	SI	No	Italia	Estero	SI	No
Piemonte	1.262	41,8	28,0	13,1	30,2	24,2	21,2	43,4	14,7	42,5
Valle d'Aosta	408	25,6	11,4	6,3	21,3	8,2	9,2	28,2	10,3	15,9
PA Trento	1.034	37,2	20,6	10,1	25,2	16,3	14,2	30,2	10,5	34,1
Marche	1.135	43,3	38,0	16,1	35,6	26,8	26,7	46,4	17,1	45,9
Lazio	1.141	51,3	40,8	23,1	42,1	32,7	33,9	48,2	22,4	54,7
Campania	4.786	57,7	47,0	27,7	50,9	40,3	44,6	54,4	22,8	64,5
Puglia	1.200	65,9	43,0	24,9	49,0	39,0	42,3	61,7	20,4	64,4
Basilicata	480	60,3	30,5	15,5	36,9	23,8	27,6	64,3	9,9	50,0
Calabria	1.247	65,9	45,9	25,8	50,7	37,1	43,9	44,3	18,6	67,1
Sicilia	1.299	62,3	46,5	29,0	48,1	41,5	44,6	51,5	23,2	60,3
Sardegna	1.115	40,6	34,4	21,3	37,5	26,9	32,7	21,1	20,4	46,4

è stato letto un libro che crescono sensibilmente nel passare dai livelli di istruzione materni più alti a quelli più bassi, registrando in alcune Regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria) valori che arrivano a superare i 40 punti percentuali. Quote più alte di bambini a cui non è mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista si rilevano ovunque tra le mamme con difficoltà economiche e, con l'eccezione della Sardegna, tra quelle nate all'estero.

L'abitudine a leggere libri al bambino piccolo dipende molto da quella che possiamo definire la propensione alla lettura della madre. Le mamme sono state classificate come lettrici o non lettrici a seconda che abbiano dichiarato di aver letto o meno almeno un libro per motivi non strettamente scolastici o professionali nel corso dei precedenti 12 mesi. La propensione alla lettura della madre sembra discriminare maggiormente nelle Regioni del Sud, in gran parte delle quali la quota di bambini a cui non è stato letto un libro tra le mamme classificate come non lettrici supera di oltre 40 punti la stessa quota rilevata tra le lettrici.

La stessa analisi è stata condotta su bambini di età superiore a 9 mesi per evitare che per alcune mamme, in modo differenziato, fosse incluso nel periodo di valutazione anche quello della gravidanza che in termini di tempo da poter dedicare alla lettura può essere molto diverso rispetto a quando c'è un neonato di cui occuparsi. I risultati sono tuttavia simili.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi ai bambini di almeno 6 mesi di età di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra la lettura precoce in famiglia e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche, propensione alla lettura della madre), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili. In particolare, la mancata lettura al bambino risulta statisticamente più diffusa tra le mamme non lettrici, le ultratrentacinquenni, le primipare, al diminuire del livello di istruzione, tra quelle nate all'estero, quelle che riportano difficoltà economiche.

Esposizione a schermi

L'utilizzo delle tecnologie digitali (smartphone, tablet, personal computer, televisione e videogiochi) è un fenomeno sempre più diffuso tra i bambini a partire già dai primi anni di vita. Sebbene le implicazioni sulla salute siano ancora da valutare esistono evidenze sufficienti che spingono a un'attenta riflessione. In particolare viene raccomandato di evitarne l'uso tra i bambini al di sotto dei 2 anni di vita e di promuoverne successivamente un utilizzo consapevole e in presenza di un adulto, al fine di potenziarne i possibili effetti positivi e ridurre i potenziali effetti negativi sulla salute (54, 55).

Le evidenze scientifiche infatti sottolineano che per un sano sviluppo cognitivo, emotivo e senso-motorio i bambini di età inferiore ai 2 anni hanno bisogno di esplorazione pratica e sociale tramite solide relazioni con gli adulti di riferimento, esperienze che non possono essere mediate dalle tecnologie (56-58); inoltre, l'eccessivo uso della tecnologia interferisce nella relazione genitore-bambino impoverendo la qualità e la quantità del tempo trascorso insieme (59).

Inoltre, la ricerca scientifica ha mostrato che l'eccessiva esposizione agli schermi può avere nel tempo un effetto su: aumento del rischio di sovrappeso, obesità, diabete di tipo 2, malattie dell'apparato cardiovascolare e disturbi osteoarticolari; aumento delle difficoltà di concentrazione, di attenzione e di comprensione, rischio di comparsa di disturbi del sonno, di comportamenti aggressivi, di ansia e di irritabilità; aumento del rischio di sviluppare ritardi del linguaggio e disturbi cognitivi e rischio di sviluppare dipendenza dai mezzi digitali. Questi effetti sono stati messi in luce principalmente in studi focalizzati sull'uso eccessivo della televisione da parte di bambini in età prescolare (60-63).

Poiché l'utilizzo delle tecnologie digitali avviene sempre più precocemente entrando a far parte della vita dei più piccoli già dai primissimi anni di vita, è fondamentale che le famiglie siano appropriatamente informate per farne un uso consapevole (64). ▶

Risultati

L'esposizione a schermi è stata indagata chiedendo alle mamme di indicare la frequenza giornaliera con cui il bambino viene posto davanti a TV, computer, tablet o cellulari.

Nel pool di Regioni oltre un terzo dei bambini nella fascia fino a 6 mesi di età (34,3%) passa del tempo davanti a uno schermo (Figura 12). La percentuale varia tra il 18,6% in Valle d'Aosta e il 38,3% in Campania, assumendo valori tendenzialmente più elevati nelle Regioni del Sud. La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo, ma dal 4,8% all'11,2% vi trascorre almeno 1-2 ore. Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'esposizione a schermi a 5 mesi dal parto, risultando pari a 35,8% la quota di bambini esposti, a fronte di una media del 50,9% rilevata tra i bambini di 5 mesi nel pool di Regioni (dato non riportato in figura).

I livelli di esposizione crescono all'aumentare dell'età del bambino in tutte le Regioni. Sopra l'anno di età le quote di bambini che passano almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo arrivano a variare tra il 15,3% nella PA di Trento e il 45,8% in Basilicata (Figura 13). Quote netta-

mente più alte in corrispondenza delle frequenze di esposizione più elevate vengono registrate nelle Regioni del Sud. Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'esposizione a schermi a 12 mesi dal parto, risultando pari all'11,2% la quota di bambini esposti almeno 1-2 ore al giorno, a fronte di una media del 22,6% rilevata tra i bambini di 12 mesi nel pool di Regioni (dato non riportato in figura).

Nella Tabella 7 vengono riportate le prevalenze di bambini di 0-2 anni non esposti a schermi per caratteristiche socio-economiche nelle 11 Regioni. Ovunque si rilevano quote più alte tra le mamme con livello di istruzione più elevato, quelle che non hanno riferito difficoltà economiche e quelle nate in Italia (in quest'ultimo caso con l'eccezione di Lazio, Campania e Puglia). Divari più marcati si registrano tendenzialmente nelle Regioni del Nord.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra l'esposizione del bambino a schermi e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, presenza/assenza di difficol-

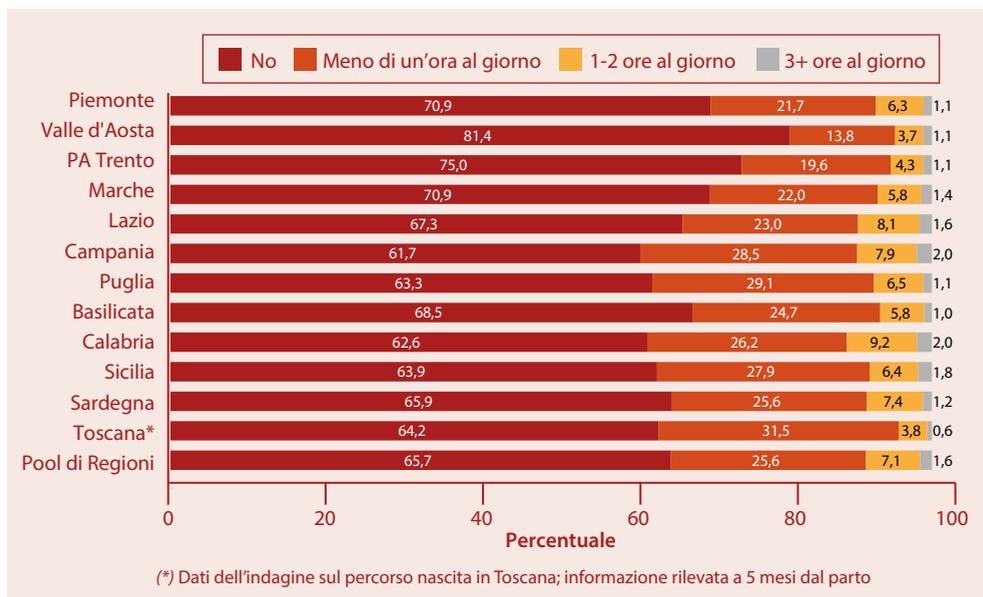


Figura 12 - Frequenza con cui il bambino (età inferiore a 6 mesi) è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare)

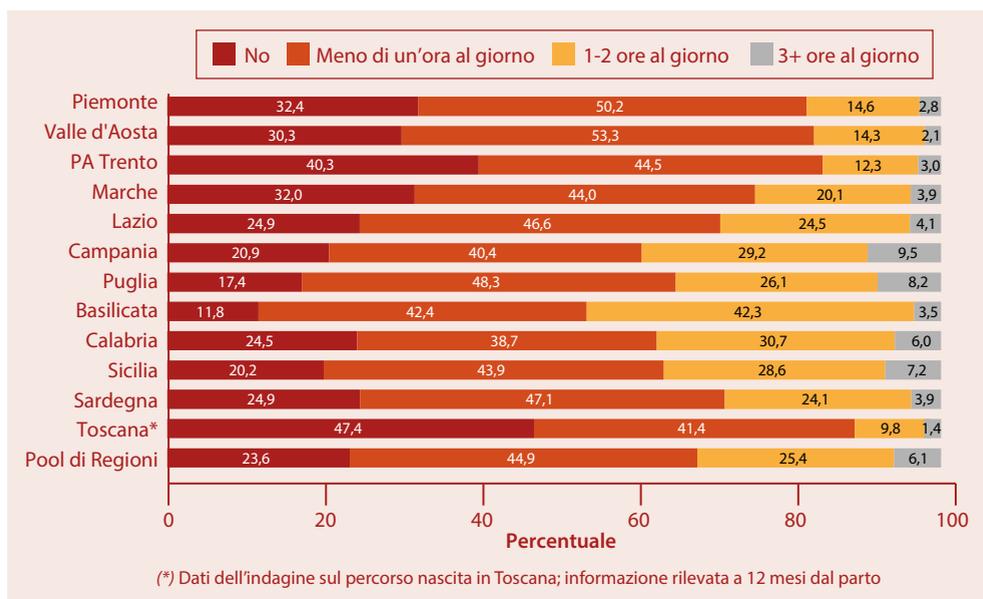


Figura 13 - Frequenza con cui il bambino (età superiore a 12 mesi) è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare)

Tabella 7 - Bambini non esposti a schermi (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.844	45,5	52,1	58,1	46,6	56,0	54,4	46,1
Valle d'Aosta	684	42,5	51,6	60,3	46,4	55,8	56,6	37,8
PA Trento	1.979	47,3	54,2	64,1	48,8	60,3	60,8	47,6
Marche	2.065	49,7	50,0	53,5	46,7	54,1	52,6	45,3
Lazio	2.073	41,4	43,7	51,4	42,2	48,8	46,4	46,6
Campania	9.067	37,3	40,3	42,5	37,8	41,8	40,1	43,1
Puglia	2.248	36,1	38,0	42,5	36,0	41,1	38,3	45,8
Basilicata	911	36,8	36,8	41,2	34,4	41,2	38,7	37,7
Calabria	2.841	39,9	45,2	41,8	42,2	44,6	43,8	39,3
Sicilia	2.177	32,0	44,1	45,1	39,5	42,7	41,0	35,4
Sardegna	2.094	39,7	41,7	53,0	40,6	47,6	44,4	44,2

tà economiche, Paese di nascita), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per parità, livello di istruzione della madre e presenza/assenza di difficoltà economiche, mentre non è stata individuata un'associazione statisticamente significativa con l'età materna

e il Paese di nascita. In particolare, l'abitudine a non esporre il bambino a schermi è risultata maggiormente diffusa tra le multipare, le più istruite (licenza media superiore o laurea) e quelle che non hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese. ►

Posizione in culla

Secondo stime recenti la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) presenta una incidenza di circa 1 caso ogni 2.000 nati vivi (65) e colpisce principalmente i bambini fra i 2 e i 4 mesi (il 90% non ha compiuto i 6 mesi) rappresentando una delle principali cause di morte post neonatale. Per SIDS si intende precisamente la morte di un bambino apparentemente sano, di età inferiore a 1 anno, improvvisa e inspiegabile anche dopo un'accurata valutazione del caso (66). Circa il 50% dei casi di morte improvvisa e inattesa nel primo anno di vita non permette di identificare una causa naturale o accidentale e viene attribuita per esclusione a SIDS (67, 68).

Sebbene molto studiata, l'eziopatogenesi delle morti in culla risulta ancora sconosciuta. Sono stati individuati diversi fattori di rischio anche se solo per alcuni l'evidenza dell'associazione è forte e non tutti sono facilmente modificabili (69). Una evidente associazione è emersa per i seguenti fattori: la posizione supina nel sonno, l'esposizione all'alcol e al fumo di sigaretta (pre e postnatale), l'ambiente in cui dorme il bambino, l'allattamento (70). La posizione a pancia in su permette di controllare eventuali meccanismi

fisiopatologici (ad esempio, la ri-respirazione della CO₂ emessa) (71) e non si associa a rischi per il lattante.

Il ruolo preventivo della posizione supina nel sonno è confermato dalle riduzioni nell'incidenza di SIDS registrate nei diversi Paesi che a partire dagli anni '90 hanno adottato campagne di prevenzione dirette a promuoverla.

Risultati

La maggioranza delle mamme del pool di Regioni ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su secondo le raccomandazioni (64,1%), ma risulta frequente l'adozione di posizioni diverse, con oltre un quarto delle mamme (26,0%) che pone il bambino in culla di lato (Figura 14). A livello regionale le quote di mamme che mettono a dormire correttamente il proprio bambino variano dal 54,5% in Campania all'81,3% in Basilicata, con le Regioni del Nord caratterizzate da valori tendenzialmente più elevati. Il bambino viene messo a dormire spesso di lato soprattutto nelle Regioni del Sud e nel Lazio. Per la Toscana l'informazione riportata è stata rilevata a 3 mesi dal parto e la quota di bambini posizionati correttamente in

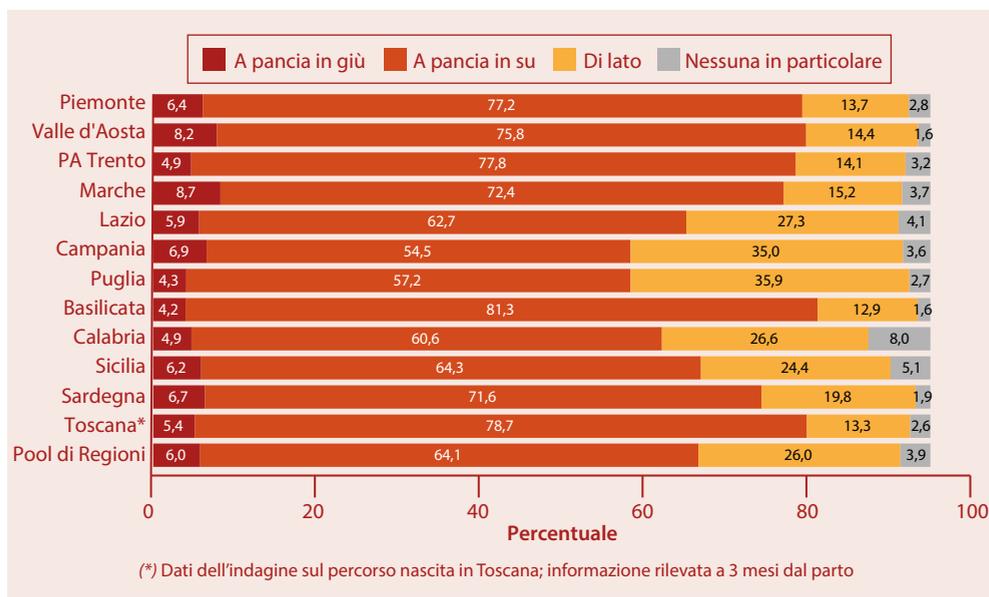


Figura 14 - Posizione in culla (bambini di età inferiore a 6 mesi)

culla risulta pari al 78,7%, a fronte di una media del 62,8% rilevata tra i bambini di 3 mesi nel pool di Regioni (dato non riportato in Figura).

In tutte le Regioni la quota di bambini posizionati in culla in modo corretto è sempre più elevata tra le mamme più istruite (con divari particolarmente accentuati rispetto alle meno istruite nelle Regioni del Sud e nel Lazio), quelle che non hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese e quelle nate in Italia (Tabella 8). In tutte le Regioni, eccetto la Valle d'Aosta, la prevalenza di mamme che posiziona il bambino in culla in modo corretto risulta più elevata tra quelle che hanno partecipato a un CAN rispetto a chi non l'ha mai fatto (con divari anche in questo caso tendenzialmente più marcati nelle Regioni del Sud e nel Lazio).

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi ai bambini di età inferiore a 6 mesi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra posizionamento corretto in culla del bambino e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche, partecipazione a un CAN),

rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione del Paese di nascita della madre. In particolare, il posizionamento a pancia in su è risultato più frequentemente adottato tra le mamme ultratrentenni, le primipare, al crescere del livello di istruzione, quelle che non hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese e quelle che hanno partecipato a un CAN.

Intenzione vaccinale

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggiore efficacia nella prevenzione delle malattie infettive, proteggendo il bambino dal rischio di contrarre malattie difficilmente curabili o comunque in grado di causare gravi complicazioni. I vaccini presentano standard, in termini di sicurezza, più elevati rispetto ad altri farmaci perché sono somministrati a milioni di soggetti sani (72, 73). Sono inoltre costantemente sottoposti a iter di valutazione dell'efficacia e della sicurezza prima e dopo essere messi in commercio e sono oggetto di sorveglianza di eventuali effetti avversi attraverso sistemi di farmacovigilanza e rigorosi studi epidemiologici. Il Programma di vaccinazioni promosso dall'OMS offre a ►

Tabella 8 - Mamme che posizionano correttamente in culla il bambino (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche (bambini di età inferiore a 6 mesi)

Regione	n. bambini < 6 mesi di età	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita		Partecipazione al CAN*	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	SI	No	Italia	Estero	SI	No
Piemonte	1.561	62,7	79,0	84,7	73,6	78,9	79,7	68,8	79,4	72,3
Valle d'Aosta	272	70,7	79,1	76,2	73,9	77,0	76,5	68,9	75,1	78,0
PA Trento	901	65,6	75,6	84,6	68,4	81,1	82,0	66,7	81,2	68,9
Marche	879	65,1	70,4	78,1	65,2	77,2	75,0	63,7	74,9	68,2
Lazio	949	38,9	58,8	75,0	56,9	66,6	62,8	61,8	69,4	52,9
Campania	4.124	38,4	54,7	70,0	50,0	57,6	54,9	50,4	64,9	50,6
Puglia	983	36,9	60,2	70,7	51,2	61,5	58,6	46,5	69,8	44,3
Basilicata	424	63,9	81,1	87,5	79,2	82,4	81,5	67,6	84,9	74,6
Calabria	1.561	42,0	60,1	71,6	60,2	60,7	61,5	54,4	69,1	55,3
Sicilia	840	48,1	63,9	77,3	57,5	69,4	64,9	53,1	72,2	56,5
Sardegna	946	57,1	72,7	81,2	66,3	75,6	72,6	59,7	76,9	65,0

(*) Corso di accompagnamento alla nascita

tutti i bambini del mondo la possibilità di essere vaccinati contro 6 malattie (difterite, poliomielite, tetano, pertosse, morbillo, epatite virale B e, nelle zone interessate da questa malattia, febbre gialla), permettendo di evitare ogni anno almeno 4 milioni di decessi nei bambini sotto i 5 anni (74). È importante che i bambini vengano vaccinati secondo le tempistiche stabilite dal calendario vaccinale inserito nel nostro Paese all'interno del DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA), affinché siano adeguatamente protetti. Il lattante è vaccinabile dal 61° giorno di vita (75) e un ritardo nell'inizio delle vaccinazioni può mettere a rischio la salute del bambino in un periodo come i primi mesi di vita in cui alcune malattie possono essere più pericolose (76).

Risultati

Alle mamme è stato chiesto se il bambino ha effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal calendario vaccinale e quali sono le intenzioni riguardo alle vaccinazioni previste in futuro.

Per quanto riguarda le intenzioni future, l'80,5% delle mamme del pool di Regioni ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccina-

zioni, sia obbligatorie che raccomandate. Le quote regionali variano dal 71,5% nelle Marche all'88,9% in Calabria (Figura 15). Laddove tali quote risultano più basse, si rilevano quote più elevate di mamme che intendono effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie, comprese tra l'8,5% in Calabria e il 22,4% nelle Marche. Le percentuali di indecise risultano comprese tra il 2,4% (Calabria) e il 5,7% (Campania).

Quote più alte di mamme che dichiarano di voler effettuare tutte le future vaccinazioni si rilevano tra le più istruite (fanno eccezione Valle d'Aosta e Basilicata) e tra quelle che non hanno riferito difficoltà economiche (eccetto la Valle d'Aosta), anche se le differenze con le meno istruite e le mamme con difficoltà economiche risultano contenute (Tabella 9). Riguardo al Paese di nascita, nelle Regioni del Centro-Nord (a esclusione del Lazio) percentuali leggermente più elevate si rilevano tra le mamme nate all'estero, mentre l'associazione con le intenzioni vaccinali risulta meno definita nelle Regioni del Sud.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggu-stando per Regione - ha permesso di valutare

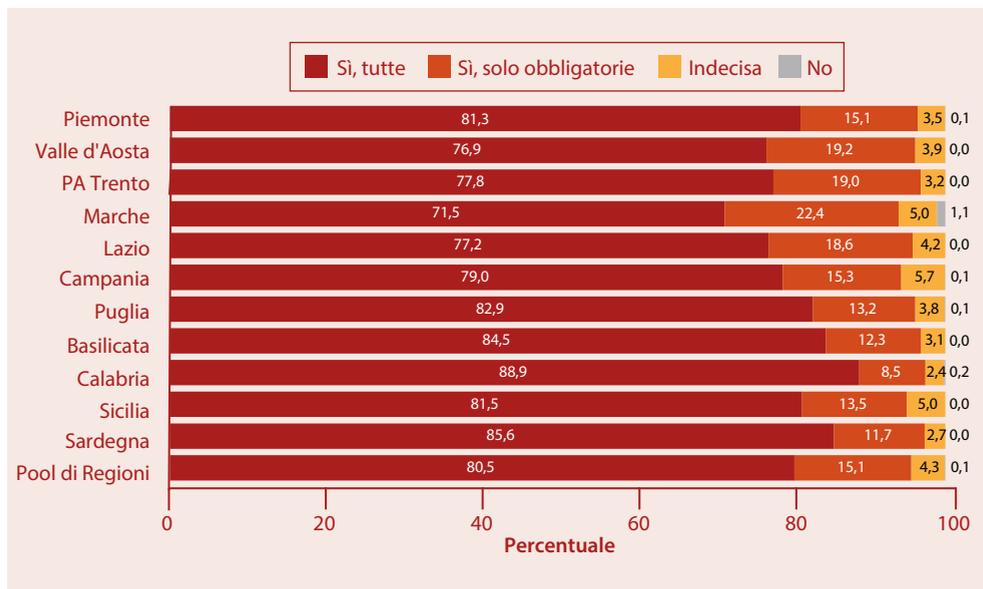


Figura 15 - Intenzioni riguardo alle vaccinazioni future

Tabella 9 - Mamme che hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.875	80,2	81,4	82,3	77,7	83,4	81,0	83,2
Valle d'Aosta	689	79,0	79,1	72,6	77,8	76,6	76,3	80,3
PA Trento	1.979	78,0	76,9	78,9	74,7	79,1	77,8	78,9
Marche	2.061	67,7	71,1	73,3	69,0	73,6	70,1	75,8
Lazio	2.124	73,2	75,1	82,1	72,0	80,8	77,7	76,4
Campania	9.146	74,8	78,4	84,8	77,2	80,6	78,8	85,5
Puglia	2.263	81,2	81,2	88,0	82,0	84,5	83,1	80,4
Basilicata	917	87,5	82,6	85,9	82,2	85,7	84,5	83,1
Calabria	2.840	88,5	88,7	90,1	87,5	89,9	88,4	93,3
Sicilia	2.178	80,8	79,4	85,3	79,7	83,4	82,2	80,1
Sardegna	2.113	83,9	85,7	87,6	83,2	87,6	85,8	85,9

l'associazione tra l'intenzione di voler effettuare tutte le vaccinazioni e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà economiche) rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione dell'età materna. In particolare l'intenzione di effettuare tutte le future vaccinazioni previste è risultata più diffusa tra le multipare, le mamme più istruite (laureate), quelle nate all'estero e quelle che non hanno riferito difficoltà economiche.

Sicurezza in casa

Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta particolarmente alto tra i bambini, in particolare tra 0 e 4 anni quando gli infortuni domestici rappresentano la prima causa di morte. La cultura della sicurezza passa attraverso una serie di accorgimenti (uso corretto del fasciatoio, attenzione alla temperatura dell'acqua del bagnetto ecc.) di cui i genitori devono essere informati, così come è necessario venga raccomandato loro di riorganizzare al meglio l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del bambino. Gli incidenti domestici rappresen-

tano una causa rilevante di morbosità e mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, soprattutto tra i più piccoli (77). La prevenzione degli incidenti domestici risulta particolarmente complessa (78) per via della grande varietà delle dinamiche con cui avvengono, che risultano legate alle diverse fasi di crescita del bambino. Nei primi mesi di vita, la sicurezza del bambino dipende esclusivamente dagli adulti che si occupano di lui e i rischi maggiori sono legati a inesperienza, stanchezza, fretta. Man mano che il bambino cresce e acquisisce nuove abilità, risulta necessario riorganizzare gli spazi e gli oggetti per ridurre le situazioni di rischio.

In base al sistema di sorveglianza degli incidenti domestici, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il tasso di accesso in pronto soccorso ospedaliero per infortunio domestico risultava più elevato nella fascia di età sotto i 5 anni, pari a 8.173 pazienti l'anno ogni 100.000 abitanti, a fronte di una media sulla popolazione complessiva di 3.075 casi ogni 100.000 abitanti (79). Tra le cause degli incidenti domestici vengono rilevati cadute, ustioni, ostruzioni delle vie aeree con corpi estranei, avvelenamento e annegamento. ►

Risultati

Il 6,3% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi nel pool di Regioni ha dichiarato di essersi rivolto al personale sanitario per un incidente domestico occorso al proprio figlio (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanza nocive ecc.) (Figura 16). Al crescere dell'età, man mano che il bambino diventa più autonomo nel movimento, la prevalenza cresce raggiungendo il 19,8% oltre il primo anno di vita. A livello terri-

toriale le percentuali di mamme che si sono rivolte al personale sanitario per un incidente domestico del bambino variano dal 2,8% (Basilicata) al 9,5% (Sicilia) nella fascia di età fino a 6 mesi. In tutte le Regioni le prevalenze crescono sensibilmente al crescere dell'età del bambino.

Nella Tabella 10 vengono riportate le prevalenze regionali di mamme di bambini di 0-2 anni ricorse a personale sanitario per incidente domestico del figlio per caratteristiche socio-economiche.

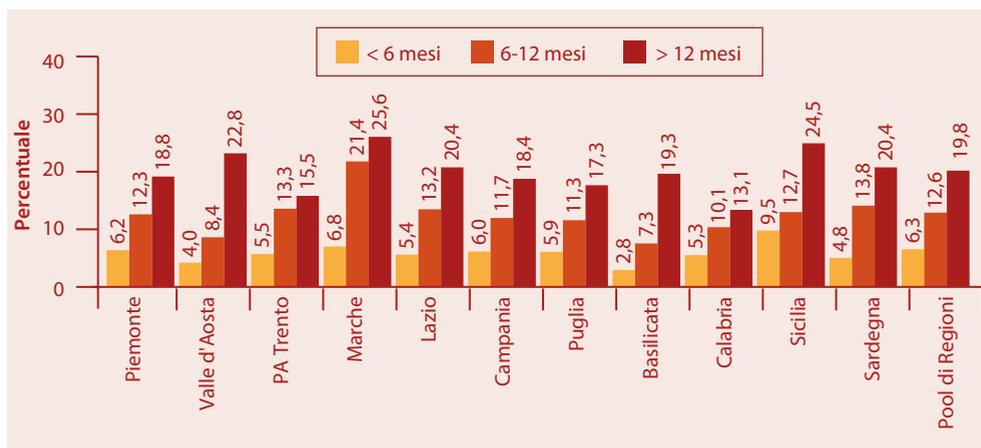


Figura 16 - Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per classe di età del bambino

Tabella 10 - Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.857	8,7	12,1	12,9	12,4	11,3	12,0	10,4
Valle d'Aosta	685	10,0	14,0	12,3	15,6	11,0	11,9	16,0
PA Trento	1.960	10,7	10,0	11,1	11,6	10,1	10,6	10,2
Marche	2.056	17,1	16,7	16,7	17,8	15,7	16,2	17,8
Lazio	2.117	14,6	13,1	10,4	13,1	11,9	12,3	12,7
Campania	9.077	12,2	12,1	10,4	13,6	10,4	11,4	11,9
Puglia	2.260	11,2	11,8	9,5	12,5	10,1	11,0	11,3
Basilicata	913	9,3	10,5	8,8	10,6	9,0	9,5	12,9
Calabria	2.826	8,7	9,6	8,8	8,6	10,1	9,4	8,6
Sicilia	2.179	19,5	14,2	14,4	18,4	13,1	16,5	11,8
Sardegna	2.089	14,8	11,7	11,5	14,1	11,0	12,1	21,6

In tutte le Regioni, con l'eccezione della Calabria, le quote risultano leggermente più alte tra le mamme con difficoltà economiche rispetto a quelle che non hanno riferito tali difficoltà. Le associazioni con il livello d'istruzione e il Paese di nascita sembrano invece dipendere dalla singola Regione.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il ricorso a personale sanitario per incidente domestico del bambino e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, presenza/assenza di difficoltà economiche, Paese di nascita), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione del livello d'istruzione. In particolare, il ricorso a personale sanitario per incidente domestico del bambino è risultato maggiormente diffuso tra le mamme più giovani (sotto i 30 anni di età), le multipare, quelle nate in Italia e quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese.

Sicurezza in auto

Garantire il trasporto in auto in sicurezza per i bambini rappresenta un'importante azione di sanità pubblica da promuovere informando i genitori sui vantaggi offerti dall'uso sistematico e corretto dei dispositivi di protezione, anche per brevi tragitti in auto. Il trasporto dei bambini sui veicoli è disciplinato dal Codice della Strada (art. 172) che prevede l'uso obbligatorio di sistemi di ritenuta omologati per i bambini sin dalla nascita (80, 81) La scelta del dispositivo da utilizzare (seggiolini, navicelle o adattatori) deve essere fatta in base al peso e all'altezza del bambino, mentre è assolutamente vietato dal Codice della Strada il trasporto in braccio, che aggrava, in caso di incidente, le conseguenze sul bambino (82). L'uso dei sistemi di ritenuta per i bambini dipende spesso dal fatto che il guidatore indossi la cintura di sicurezza o meno. Uno studio (83) ha mostrato che quasi il 40% dei bimbi che viaggiano con guidatori che non usano la cintura non è, a sua volta, adeguatamente trattenuto in auto con i dispositivi di sicurezza.

Nel 2019 sono stati rilevati in Italia oltre 2.500 feriti e 17 morti nella fascia di età fino a 4 anni tra le vittime degli incidenti stradali (complessivamente oltre 240.000 feriti e 3.173 morti sull'intera popolazione). L'utilizzo corretto del dispositivo appropriato in tutti i tragitti, anche quelli brevi e cittadini, è un fattore fondamentale per proteggere il bambino in caso di incidente, riducendo sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale (84). Se tutti i bambini fossero correttamente sistemati sui dispositivi, un trauma non mortale su quattro potrebbe essere prevenuto (85) e il rischio di morte da incidente stradale potrebbe essere ridotto fino al 70% sotto l'anno di vita e del 47% tra 1 e 4 anni (86).

Risultati

Il 14,8% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi di età nel pool di Regioni ha riferito di avere difficoltà nel far stare il bambino seduto e allacciato al seggiolino (Figura 17). La prevalenza sale al 30,6% tra le mamme di bambini di 6-12 mesi e al 34,2% sopra l'anno di età. A livello regionale le prevalenze di mamme che riportano difficoltà variano dal 10,9% (Valle d'Aosta) al 17,6% (Marche) nella fascia di età fino a 6 mesi, con valori tendenzialmente più alti nelle Regioni del Centro e del Sud. Al crescere dell'età del bambino le prevalenze aumentano in tutte le Regioni arrivando a variare, oltre i 12 mesi, tra il 27,5% (Piemonte) e il 40,4% (Puglia).

Nella Tabella 11 viene riportata la percentuale di mamme di bambini di 0-2 anni che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per caratteristiche socio-economiche nelle 11 Regioni. Quote più elevate di difficoltà nell'utilizzo del seggiolino si osservano tra le mamme più istruite (fanno eccezione la PA di Trento e la Valle d'Aosta) e le mamme nate in Italia (con l'eccezione di Piemonte, PA di Trento e Sardegna), con divari tendenzialmente più marcati rispetto alle meno istruite e alle nate all'estero nelle Regioni del Sud. Riguardo alle difficoltà economiche, in tutte le Regioni, con l'eccezione della Sicilia, percentuali leggermente più elevate si riferiscono alle mamme che hanno dichiarato difficoltà ad arrivare a fine mese. ►

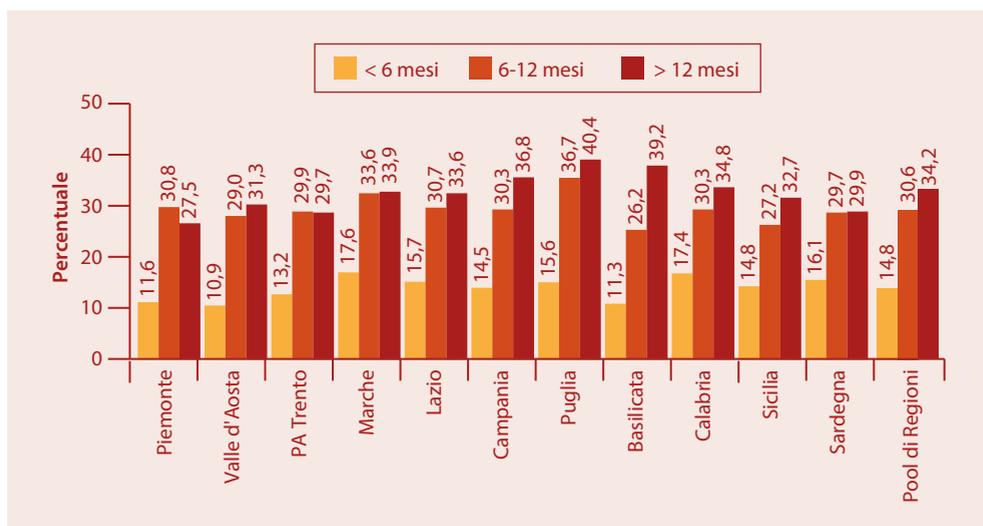


Figura 17 - Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per classe di età del bambino

Tabella 11 - Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino (%) per Regione e caratteristiche socio-economiche

Regione	n. mamme	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Paese di nascita	
		Al più licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italia	Estero
Piemonte	2.800	20,7	20,4	22,4	25,6	18,8	20,8	21,3
Valle d'Aosta	688	26,5	19,5	26,3	25,2	22,1	22,6	22,5
PA Trento	1.957	26,9	20,5	23,0	27,4	20,7	20,4	25,6
Marche	2.051	21,8	26,9	29,1	28,1	26,1	27,6	23,8
Lazio	2.094	23,4	26,0	24,9	27,0	23,8	26,9	17,5
Campania	9.017	21,0	26,9	30,0	28,3	24,6	26,2	20,9
Puglia	2.233	25,6	30,4	29,4	33,5	25,6	29,7	17,8
Basilicata	911	19,6	25,7	25,6	27,5	22,7	24,7	15,0
Calabria	2.845	18,8	28,7	26,6	29,8	24,1	27,1	16,2
Sicilia	2.150	18,7	25,0	27,3	23,5	25,0	24,6	19,2
Sardegna	2.109	22,9	21,3	27,7	26,6	21,6	23,5	25,1

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggu-stando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra le difficoltà riferite nell'uso del seggiolino e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, Paese di nascita, presenza/assenza di difficoltà eco-

nomiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione dell'età materna. In particolare, tali difficoltà risultano significativamente più diffuse tra le primipare, le più istruite (licenza media superiore o laurea), quelle nate in Italia e quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese. ■

Riferimenti bibliografici

1. Bonciani M, Lupi B, Corazza I. Indagine sul percorso nascita in Toscana. Report 2018-2020. Laboratorio Management e Sanità 2022.
2. Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti. Raccomandazione per la riduzione del rischio di difetti congeniti (<https://www.iss.it/documents/20126/0/Raccomandazione+per+la+riduzione+del+rischio+dei+difetti+congeniti.pdf/3345fae3-8d64-ca9d-84f0-d3698b918f0f?t=1576670241377>).
3. Botto LD, Moore CA, Khoury MJ, *et al.* Neural-tube defects. *N Engl J Med* 1999; 341(20):1509-19.
4. Khoshnood B, Loane M, de Walle H, *et al.* Long term trends in prevalence of neural tube defects in Europe: population based study. *BMJ* 2015;351:h5949.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Data & Statistics on Birth Defects (<https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/data.html>).
6. Granata O, Carbone P, Mantovani A, Taruscio D (Ed.). *Prevenzione primaria delle malformazioni congenite: attività del Network Italiano Promozione Acido Folico*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/28).
7. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, *et al.* Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(12)CD007950.
8. Dolk H, Loane M, Garne E. The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Adv Exp Med Biol* 2010;686:349-64.
9. EUROCAT. Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe. Special report.2009 (<https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/eurocat-Special-Report-NTD-3rdEd-2009.pdf>).
10. Istituto Superiore di Sanità. Acido folico e folati (<https://www.epicentro.iss.it/acido-folico/>).
11. World Health Organization. Tobacco control to improve child health and development: thematic brief. World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340162/9789240022218-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
12. Avşar TS, McLeod H, Jackson L. Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: an umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):254.
13. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, *et al.* Smoking cessation in pregnancy: an update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis* 2019;17.
14. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2014;179(7):807-23.
15. England MC, Benjamin A, Abenhaim HA. Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol* 2013;30(10):821-6.
16. Soneji S, Beltrán-Sánchez H. Association of Maternal Cigarette Smoking and Smoking Cessation With Preterm Birth. *JAMA Netw open* 2019;2(4):e192514.
17. Pineles BL, Hsu S, Park E, *et al.* Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol* 2016;184(2):87-97.
18. Lange S, Probst C, Rehm J, *et al.* National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2018;6(7):e769-76.
19. Cao Y, Lu J, Lu J. Paternal smoking before conception and during pregnancy is associated with an increased risk of childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2020;42:32-40.

20. World Health Organization: European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020.
21. Pichini S., Palmi I, Zuccaro P, Pacifici R. (Ed.). *Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto-alcolici*. Roma: Istituto Superiore di Sanità;2011.
22. Minutillo A, Pichini S, Berretta P (Ed.). *Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici e della sindrome feto alcolica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/25).
23. Gupta KK, Gupta VK, Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40:1594-602.
24. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2016;108(2):174-80.
25. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168-73.
26. Mamma Beve Bimbo Beve (<http://www.mammabevebimbobeve.it/>).
27. Riscica P, Moino G, Piivesan G, et al. Proteggi il bambino dall'esposizione a bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento. In Speri L, Brunelli M (Ed.). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009 (<https://www.genitoripiu.it/mys/apridoc/iddoc/109>).
28. World Health Organization. Breastfeeding (https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html).
29. UNICEF Italia. Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento al seno (<https://www.unicef.it/doc/151/dichiarazione-degli-innocenti-sulla-protezione-la-promozione-e-ilsostegno-allallattamento-al-seno.htm>).
30. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA, 2008 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/).
31. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus (2022). *Insieme per l'Allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita*. Edizione 2022. (Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus) (<https://www.unicef.it/guidaBFI>).
32. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.
33. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
34. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, et al. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clin North Am* 2013;60:31-48.
35. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-41.
36. Horta BL, Victora CG. Long-Term Effects of Breastfeeding. Vol 129 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198630>).
37. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir* 2017;39(2):155.
38. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104(Suppl 467):96.113.
39. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, et al. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2022;11(2):e022746.

40. Lauria L, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow-up study. *Ann Ist Super Sanità* 2016;52(3).
41. Ministero della Salute. Strategie nazionali sull'allattamento (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1926&area=saluteBambino&menu=alimentazione).
42. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44368/9789241599757_eng.pdf).
43. Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni ACP* 2003;6:42-6.
44. Hutton JS, Horowitz-Kraus T, Mendelsohn AL, et al. Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children Listening to Stories. *Pediatrics* 2015;136(3):466-78.
45. Brown MI, Westerveld MF, Trembath D, et al. Promoting language and social communication development in babies through an early storybook reading intervention. *Clinical Trial Int J Speech Lang Pathol* 2018;20(3):337-49.
46. Duursma E, Augustyn M, Zuckerman B. Reading aloud to children: the evidence. *Arch Dis Child* 2008;93(7):554-7.
47. Sanders LM, Federico S, Klass P, et al. Literacy and Child Health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(2):131.
48. Murray L, Pascalis L, De Tomlinson M, et al. Randomized Controlled Trial of a Book-Sharing Intervention in a Deprived South African Community: Effects on Carer-Infant Interactions, and Their Relation to Infant Cognitive and Socioemotional Outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57(12):1370-9.
49. Lam S, Chow-Yeung K, Wong BPH, et al. Involving parents in paired reading with preschoolers: Results from a randomized controlled trial. *Contemp Educ Psychol* 2013;38(2):126-35.
50. High P, Hopmann M, LaGasse L, et al. Child Centered Literacy Orientation: A Form of Social Capital? *Pediatrics* 1999;103(4):e55-e55.
51. <https://www.booktrust.org.uk/what-we-do/programmes-and-campaigns/bookstart/>
52. <https://reachoutandread.org/>
53. Balbinot V, Colombo EM, Malgaroli G, et al. Nati per Leggere 1999 - 2019. La Storia, Le Attività, i Risultati, Le Prospettive. Trieste; 2019 (http://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2019/10/Report-20-anni_COMPLETO-WEB-protetto.pdf).
54. Tamburlini G, Balbinot V (a cura di). Tecnologie digitali e bambini: indicazioni per un utilizzo consapevole. *Medico e Bambino* 2015;34:31-8.
55. Balbinot V, Toffol G, Tamburlini G. Tecnologie digitali e bambini: un'indagine sul loro utilizzo nei primi anni di vita. *Medico e Bambino* 2016;35:631-6.
56. Anderson DR, Pempek TA. Television and very young children. *Am Behav Sci* 2005;48(5):505-22.
57. Barr R. Memory constraints on infant learning from picture books, television, and touchscreens. *Child Dev Perspect* 2013;7(4):205-10.
58. DeLoache JS, Chiong C, Sherman K, et al. Do babies learn from baby media? *Psychol Sci* 2010;21(11):1570-4.
59. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA, et al. The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev* 2009;80(5):1350-9.
60. Brown A. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128(5):1040-5.
61. Nathanson AI, Aladé F, Sharp ML, et al. The relation between television exposure and executive function among preschoolers. *Dev Psychol* 2014;50(5):1497-506.

62. Council on communications and media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5).
63. Bozzola E, Spina G, Ruggiero M, *et al.* Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society. *Ital J Pediatr* 2018; 44:69.
64. Royal College of Paediatrics and Child Health. Build screen time around family activities, not the other way round, parents told (<https://www.rcpch.ac.uk/news-events/news/build-screen-time-around-family-activities-not-other-way-round-parents-told>).
65. Hakeem GF, Oddy L, Holcroft CA, *et al.* Incidence and determinants of sudden infant death syndrome: a population-based study on 37 million births. *World J Pediatr* 2015;11(1):41-7.
66. Goldberg N, Rodriguez-Prado Y, Tillery R, *et al.* Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *Pediatr Ann* 2018;47(3):e118-23.
67. SaPeRiDoc - Centro di documentazione online sulla salute perinatale riproduttiva e sessuale. Prevenzione della SIDS - che cos'è la SIDS? (<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/701>).
68. Bartolozzi G. Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) (prima parte). *M&B* 2009;XII(9).
69. Carlin RF, Moon RY. Risk factors, protective factors, and current recommendations to reduce sudden infant death syndrome a review. *JAMA Pediatr* 2017;171(2):175-80.
70. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162938.
71. Spherhake J, Jorch G, Bajanowski T. The prone sleeping position and SIDS. Historical aspects and possible pathomechanisms. *Int J Legal Med* 2018;132(1):181-5.
72. Istituto Superiore di Sanità. Come viene sviluppato e commercializzato un vaccino (<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniSviluppoCommercio>).
73. Valutazione della qualità di vaccini ad uso umano (<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/ValutazioneQualitaVaccini>).
74. World Health Organization. The global vaccine action plan 2011-2020: review and lessons learned: strategic advisory group of experts on immunization (<https://www.who.int/publications/i/item/the-global-vaccine-action-plan-2011-2020-review-and-lessons-learned-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>).
75. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, Gruppo di lavoro interistituzionale "Strategie Vaccinali," Gruppo interregionale di Sanità Pubblica e Screening del Coordinamento interregionale della Prevenzione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *et al.* Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale-PNPV 2017-2019 (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1955037.pdf>).
76. Istituto Superiore di Sanità. Vaccini: il carico antigenico nei primi 24 mesi di vita non è eccessivo (<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniCaricoAntigenico>).
77. EuroSAFE - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Injuries in the European Union. Summary of Injury Statistics for the Years 2012-2014. Amsterdam, The Netherlands: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe); 2016 (https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/EuropeSafe_Master_Web_02112016%282%29.pdf).
78. Sistema Nazionale per le Linee Guida. La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile; 2017.
79. Pitidis A, Fondi G, Giustini M, *et al.* Il sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(2):11-6.
80. Sethi D, Towner E, Vincenten J, *et al.* European Report on Child Injury Prevention. Roma; 2008 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf).

81. Automobile Club d'Italia. Art. 172. Uso delle cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta (<http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-172-uso-delle-cinture-di-sicurezza-e-sistemi-di-ritenuta.html>).
82. Polizia di Stato. Bimbi in auto. Campagna di sensibilizzazione della sicurezza stradale (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3430_listaFile_itemName_1_file.pdf).
83. Chandler MD, MacKay JM, Mignott, S. Children in Automated Vehicles (AV): a look at parental awareness, attitudes and beliefs. Washington, DC: Safe Kids Worldwide; 2021
84. Istituto Superiore di Sanità. Falsi miti e bufale: l'infanzia (<https://www.issalute.it/index.php/falsi-miti-e-bufale/l-infanzia/389-l-uso-del-seggiolino-in-auto-o-delle-cinture-di-sicurezza-non-e-cosi-necessario-soprattutto-se-si-percorrono-brevi-tragitti>).
85. Durbin D, Benjamin D. Hoffman Child Passenger Safety Pediatrics 2018;142:5.
86. Ruta D, Beattie T, Narayan V. A prospective study of non-fatal childhood road traffic accidents: what can seat restraint achieve? J Public Health (Bangkok) 1993;15(1):88-92.
87. National Center for Health Statistics. Health United States 1996-97 and Injury Chartbook. Hyattsville, Maryland; 1997.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SUI DETERMINANTI DI SALUTE INDAGATI DALLA SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Daniela Marcer^a, Leonardo Speri^{*}, Elena Fretti^a, Maria Rosa Valetto^b, Pietro Dri^b, Enrica Pizzi^c

^aDipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona

^bZadig

^cCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Le attività del Programma GenitoriPiù nell'ambito della Sorveglianza

GenitoriPiù nasce nel 2006 come Campagna a supporto della sospensione dell'obbligo vaccinale in Veneto. Diventa Progetto nazionale, con l'adesione di 13 Regioni e il coordinamento del Veneto, nel 2007, in collaborazione con UNICEF e Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e con il patrocinio delle principali società scientifiche e associazioni professionali coinvolte nel Percorso Nascita. Dal 2010 è un Programma Regionale (1).

Il Programma GenitoriPiù, in un'ottica di sostegno alla genitorialità, promuove i determinanti di salute materno-infantile di provata efficacia per una crescita in salute, quali: la salute nel periodo periconcezionale, con particolare attenzione all'assunzione di acido folico fin da prima del concepimento; l'astensione da alcol e fumo in gravidanza e durante l'allattamento; l'allattamento esclusivo e l'introduzione dell'alimentazione complementare secondo i criteri dell'OMS, la sicurezza ambientale, con particolare attenzione alla protezione da inquinanti e alla prevenzione dell'incidentalità domestica e stradale; la posizione supina in culla; le vaccinazioni; la lettura in famiglia e l'attenzione all'esposizione a schermi.

Fin da subito, nell'ambito del Programma, viene data grande importanza alla misurazione dell'efficacia delle azioni promosse: la prima valutazione è nel 2009 su scala nazionale, integrata poi nel corso del 2013 e del 2014

con Survey Regionali (con focus sulle disuguaglianze nell'anno 2014) (2). In virtù anche di queste esperienze, nel 2013 l'allora AULSS 20 (oggi AULSS 9 Scaligera), con il Gruppo di lavoro GenitoriPiù diventa Unità Operativa partner del primo Progetto CCM (volto alla sperimentazione di una Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia inclusi nel Programma GenitoriPiù), e del progetto successivo per l'estensione della Sorveglianza a livello nazionale (i cui risultati sono oggetto di questo documento).

Infatti, pur nel mantenimento della vocazione divulgativa diretta per la/alla popolazione attraverso interventi di comunicazione, nel Programma GenitoriPiù si è andata sempre più delineando la necessità di due pilastri ineludibili: lo sviluppo di un sistema di sorveglianza della popolazione e l'intervento continuo formativo e valutativo con gli operatori (2-3).

Le attività svolte dal Gruppo di lavoro GenitoriPiù** nel corso dei Progetti CCM sopra citati sono state diverse, a partire dal supporto alla definizione del Sistema di Sorveglianza (3, 4), alla messa a punto degli strumenti di rilevazione, alla formazione degli operatori e alle azioni di comunicazione finalizzate a diffondere l'importanza della Sorveglianza stessa.

Le principali attività del Gruppo GenitoriPiù all'interno della Sorveglianza, tuttavia, hanno riguardato primariamente la creazione del percorso formativo (oggetto di questo capitolo) e il rinnovo dei materiali ►

(*) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Ulss 9 Scaligera, Verona.

(**) Gruppo di Lavoro regionale, in attuazione alla DGRV 792/2018. Componenti: Leonardo Speri, Daniela Marcer, Lara Simeoni, Chiara Bosio ed Elena Fretti.

(oggetto del Capitolo *Materiali di comunicazione adottati dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni*, p. 47).

L'importanza della formazione degli operatori e la realizzazione della FaD

Come già discusso nei precedenti capitoli, in tutte Regioni la Sorveglianza vede un coinvolgimento attivo degli operatori dei Centri Vaccinali (CV) per la consegna e il ritiro del questionario.

Gli operatori evitano di fornire alle mamme informazioni sui determinanti prima della compilazione; al momento del ritiro, invece, consegnano il materiale informativo e rispondono a eventuali domande o dubbi posti dai genitori.

Pertanto, i professionisti che operano nei servizi vaccinali, oltre a garantire la raccolta dei dati attraverso la somministrazione dei questionari, hanno l'opportunità e la responsabilità di offrire informazioni e un primo ascolto in un'ottica di *counselling* sui determinanti di salute ai genitori che accompagnano i bambini a effettuare le vaccinazioni. Essi sono così parte attiva del processo di promozione della salute, e perciò come rilevato in più occasioni, più motivati nel farne parte. Fondamentale quindi che dispongano, oltre alle informazioni relative alle procedure della raccolta dati (metodo), di tutte le conoscenze corrette e aggiornate relativamente alle tematiche trattate nello strumento di rilevazione.

La formazione dei professionisti coinvolti nella Sorveglianza, sia sul metodo sia sui contenuti, è stata un aspetto importante per la buona riuscita della stessa fin dall'esperienza della sperimentazione (5), e ha permesso di sostenere la produzione di conoscenza propria anche dell'approccio del Programma GenitoriPiù.

(***) Responsabile scientifico: Daniela Marcer.

Autori: Chiara Bosio, Elena Fretti, Daniela Marcer, Elisa Pastorelli, Lara Simeoni, Leonardo Speri, Alessandra Kraus, Maria Rosa Valetto.

Revisori: Serena Battilomo, Renata Bortolus, Elise Chapin, Antonio Ferro, Michele Gangemi, Giuliana Moino, Mariachiara Pavarin, Enrica Pizzi, Maria Grazia Privitera, Franco Raimo, Gherardo Rapisardi, Patrizia Riscica, Luca Sbrogiò, Giacomo Toffol, Silvana Zanon.



Figura - Copertina del dossier della FaD

Mentre la formazione sul metodo si è svolta in forma residenziale e si è concentrata sulle procedure necessarie per la raccolta dei dati (vedi Capitolo *Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità e metodologia*, p. 7) la formazione sul contenuto in questa edizione è stata realizzata come Formazione a Distanza (FaD) dal Gruppo di lavoro dell'AULSS 9 Scaligera, in collaborazione con Zadig, provider nazionale ECM (n. 103).

La FaD "GenitoriPiù: I determinanti della salute da promuovere per il benessere materno-infantile, attraverso l'empowerment di operatori e genitori"*** è stata rivolta a tutti gli operatori coinvolti nella Sorveglianza sul territorio nazionale e agli operatori del Percorso Nascita del Veneto (Figura). La FaD è stata erogata sulla piattaforma Goal.

Il contenuto della FaD è risultato dai determinanti di salute materno-infantile promossi da GenitoriPiù, indagati dalla Sorveglianza e inseriti nel materiale di comunicazione e nel questionario. Tratta, inoltre,

tematiche trasversali quali genitorialità, sorveglianza, disuguaglianze in salute e approccio di *counselling*. La revisione finale della FaD ha visto il coinvolgimento di professionisti esperti nelle diverse aree tematiche, con l'obiettivo di perfezionarne i contenuti e consolidarne l'efficacia formativa.

La FaD (che erogava 10 crediti ECM per un impegno di 10 ore formative) è stata strutturata in 6 dossier centrati su casi di pratica quotidiana, utili per l'acquisizione dei contenuti e per facilitarne l'applicabilità nel contesto pratico e lavorativo. Una bibliografia *evidence-based* con rimandi attivi alle fonti, permetteva di approfondire alcuni argomenti a seconda dell'interesse dell'operatore e della sua professionalità.

Inoltre un test di 23 domande a risposta multipla è stato somministrato prima dell'inizio del corso, per sondare le conoscenze di base dei partecipanti, ed è stato riproposto al termine del corso, per verificare le conoscenze acquisite. Le risposte al test pre- post- sono state raccolte in forma anonima.

La letteratura scientifica da tempo sottolinea l'efficacia del sistema ECM nel migliorare la pratica clinica dei professionisti e di conseguenza gli *outcome* di salute dei pazienti (6), soprattutto se, come in questo caso, l'offerta formativa valuta e risponde alle esigenze di apprendimento individuali dei partecipanti e chiede agli stessi di misurare l'impatto del corso sulla loro pratica.

L'utilizzo di vignette cliniche, sulle quali si fonda anche la FaD qui descritta, è efficace secondo la letteratura (7, 8). La FaD è stata erogata prima della pandemia da COVID-19, periodo nel quale la modalità formativa di *e-learning* si è necessariamente affermata come una risorsa utile e agile.

La FaD è stata diffusa e promossa sul territorio regionale e nazionale attraverso il sito di GenitoriPiù (www.genitoripiu.it), il sito della Sorveglianza (<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/>) le pagine Facebook e Twitter di GenitoriPiù e il coinvolgimento delle reti di referenti e operatori. In accor-

do con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Gruppo di lavoro GenitoriPiù ha gestito la proroga della disponibilità online della FaD e, nel mese di dicembre 2019, l'apertura della stessa a tutti gli operatori del Percorso Nascita del territorio nazionale.

Oltre a ciò, proprio a partire dai dossier della FaD, è stato svolto l'iniziale lavoro di aggiornamento del "materiale informativo per gli operatori" (9).

Le conoscenze degli operatori: alcuni risultati

Il monitoraggio dell'adesione alla FaD, effettuato periodicamente, ha registrato complessivamente l'adesione di 892 operatori delle Regioni coinvolte nella Sorveglianza, con una partecipazione disomogenea, a causa di alcune criticità nelle tempistiche generali della Sorveglianza, che sarà necessario tenere a mente come preziosa guida per il futuro in un'ottica di miglioramento.

Le professionalità più rappresentate tra i partecipanti sono state, nell'ordine: infermiere (36%), medico (20%), ostetrica (18%) e assistente sanitario (18%).

La FaD si è rivelata strumento utile anche al di fuori del contesto della Sorveglianza: per tutta la sua durata, infatti, è stata aperta a tutti gli operatori del Percorso Nascita della Regione Veneto e, nel corso dell'ultimo mese di attivazione, anche a tutti gli operatori del Percorso Nascita sul territorio nazionale, attraverso un'azione di trasferimento di buona pratica che ha permesso di raggiungere in totale 2.881 discenti, con un aumento dell'eterogeneità dei partecipanti. Ne è stata inoltre, monitorata l'efficacia, risultata molto soddisfacente.

Di seguito vengono riportati i principali risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti dal pre- test e post- test (Tabella).

Va sottolineato che non essendo una rilevazione campionaria non è possibile effettuare alcuna operazione di inferenza dai dati presentati rispetto alle conoscenze attuali nelle specifiche Regioni e, tantomeno, a livello nazionale. ►

Tabella - Conoscenze degli operatori

Determinante/tema	Elementi conosciuti dalla quasi totalità degli operatori	Elementi su cui ci sono ancora delle aree di miglioramento
Assunzione di acido folico	Ruolo protettivo acido folico per prevenzione dei difetti del tubo neurale (DTN) e possibilità di assumerlo per lunghi periodi, assunzione prima del concepimento e non dopo il parto	Ruolo acido folico nel ridurre difetti cardiaci, non raccomandazione di assunzione durante tutta la gravidanza
Fumo	Effetti negativi del fumo in gravidanza	Effetti presenza del partner fumatore, fumo e allattamento
Alcol	Effetti negativi dell'assunzione di alcol fin dal concepimento	Effetti negativi di assunzione di piccole dosi di alcol
Allattamento	Ruolo poppate frequenti, tempi allattamento esclusivo e prolungato	Tempi introduzione cibi solidi
Posizione in culla	Posizione corretta in culla, ruolo di fumo e temperatura alta nella stanza come fattori di rischio per sindrome della morte improvvisa in culla (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS)	Ruolo protettivo dell'allattamento e inefficacia di screening elettrocardiografico
Sicurezza ambientale	Frequenza degli incidenti di caduta, pericolosità del comportamento di tenere in braccio il bambino in auto	Pericolosità di incidenti di annegamento, posizione del seggiolino in auto e tipo di dispositivi di ritenuta
Vaccinazioni	Calendario vaccinale per bambini prematuri, alcuni atteggiamenti verso vaccinazioni	Tempistica con cui possono presentarsi effetti avversi della vaccinazione (atteggiamento)
Letture ed esposizione a schermi	Età sotto la quale non esporre il bambino a schermi	Efficacia di donare un libro, effetti positivi della lettura
Disuguaglianze in salute	Peso condizioni di svantaggio socio-economico	Non determinismo tra situazioni di svantaggio socio-economico/immigrazione e comportamenti non salutari, necessità di modalità differenti di promozione dei determinanti di salute in condizioni di svantaggio
Counselling	Importanza di passare dallo "spiegare" al "farsi spiegare" e di aumentare i messaggi in entrata diminuendo quelli in uscita	Il counselling non è una pratica comunicativa centrata sull'abilità nel dare consigli efficaci

La FaD è risultata gradita ai partecipanti. Dai questionari di *customer satisfaction* compilati (1.616 compilati sia da operatori partecipanti alla Sorveglianza sia da operatori del Percorso Nascita) emerge che l'86% ha trovato il corso molto rilevante/rilevante, il 90% di qualità eccellente/buona e l'85% l'ha definito molto efficace/efficace. Nessun partecipante che ha

compilato il questionario di *customer satisfaction* ha trovato la FaD poco o non rilevante, di qualità mediocre o scarsa, o inefficace. Solo il 2% l'ha trovata solo parzialmente efficace.

I commenti spontanei che i partecipanti potevano lasciare in piattaforma sono stati 335: 330 erano positivi e 5 riguardavano suggerimenti o critiche.

Commenti significativi per la qualità del corso

Ottimo. Dovrebbe essere obbligatorio per tutti gli operatori del percorso nascita.

Attuale e di facile applicazione sul piano lavorativo.

Lavorando in un reparto pediatrico è stato molto interessante e ben formulato. Spero che in programma ce ne siano ancora.

Ritengo sia un corso molto utile per chi come me lavora in un centro vaccinazioni in quanto vediamo i piccoli fin dai primi mesi e in modo costante quasi fino ai due anni. Dopo questa formazione mi sento più competente in materia e in grado di dare delle indicazioni e dei consigli più appropriati ai genitori che spesso sono ansiosi e non sanno come affrontare determinate situazioni.

Utile per rivedere contenuti e informazioni conosciuti attraverso percorsi formativi separati, mentre in questa formazione sono collegati fra loro e sono meglio memorizzabili.

È stato molto utile, sarebbe da rendere obbligatorio per tutti gli operatori non solo dei centri vaccinali, ma anche pediatri e tutti coloro che seguono il percorso nascita, ad esempio, ostetriche/i e ginecologhe/i per dare la massima diffusione ai contenuti che molto spesso sfatano convinzioni e luoghi comuni sia nei genitori sia negli operatori stessi.

Molto bello e ben strutturato in ogni argomento, molte notizie a me necessarie per poter svolgere al meglio il mio lavoro.

Dà un'ottima panoramica delle conoscenze che l'operatore dovrebbe avere per poter affrontare un confronto adeguato con le problematiche spesso poste dal genitore.

Ritengo che sia di fondamentale importanza perché a disposizione di tutti gli operatori del settore e perché permette un reale e immediato aggiornamento.

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti ha permesso di confermare l'efficacia e la praticabilità dello strumento della FaD GenitoriPiù creata *ad hoc* sia allo scopo della Sorveglianza sia come strumento replicabile e utile in altri contesti. Inoltre, ha evidenziato come il corso abbia aumentato le conoscenze negli operatori: alcune di esse sono ormai acquisite per alcuni determinanti, mentre per altre sarà necessario sviluppare ulteriori momenti formativi.

Risulta fondamentale a questo scopo non solo l'aggiornamento attraverso il sistema ECM, ma un'attenzione *in primis* al sistema universitario, che è chiamato a formare professionisti non solo aggiornati sulle ultime evidenze scientifiche, ma capaci di ascoltare e accogliere ogni famiglia nella sua unicità. Solo in questo modo sarà possibile smantellare falsi miti (ad esempio, l'idea che basse dosi di alcol in gravidanza non siano dannose) e rafforzare, anche nella popolazione, la cultura della cura nei primi 1.000 giorni. ■

Riferimenti bibliografici

1. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. *Quaderni ACP* 2016;23(2):50.
2. Campostrini S, Porchia SG, Speri L, et al. (Ed.). *GenitoriPiù. Sintesi dei principali risultati dell'indagine on-line sugli operatori sanitari del Percorso Nascita. Azienda ULSS 9 Scaligera. Verona: Univerità Ca' Foscari Venezia* (<https://www.genitoripiù.it/mys/aprdoc/iddoc/105>).
3. Speri L, Simeoni L, Fretti E. Determinanti di salute nella prima infanzia. Il Programma GenitoriPiù. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, et al. (Ed.). *Progetto Sorveglianza bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della sperimentazione*. Roma: 2016. pp. 1-16.
4. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, et al. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70.

5. Porchia S, Campostrini S, Rataj G. Valutazione delle conoscenze degli operatori coinvolti nella Sperimentazione sui determinanti indagati. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, et al. (Ed.). *Progetto Sorveglianza bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della sperimentazione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. pp. 43-8.
6. Casebeer L, Engler S, Bennett N, et al. A controlled trial of the effectiveness of internet continuing medical education. *BMC Med* 2008;6(4):37.
7. Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *J Contin Educ Health Prof* 2015;35(2):131-8.
8. Fordis M, King JE, Ballantyne CM, et al. Comparison of the instructional efficacy of Internet-based CME with live interactive CME workshops: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294(9):1043-51.
9. Speri L, Brunelli M (Ed.). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009.

MATERIALI DI COMUNICAZIONE ADOTTATI DALLA SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Daniela Marcer^a, Leonardo Speri^{*}, Elena Fretti^a ed Enrica Pizzi^b

^aDipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona

^bCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il supporto diretto e appropriato ai genitori è cruciale per garantire al bambino le opportunità per sviluppare le capacità intellettuali, la creatività e il benessere necessari per diventare adulti sani e produttivi. I vari contesti e i diversi professionisti che si prendono cura del bambino sono setting e figure preziose per accompagnare i genitori nello sviluppo di comportamenti di protezione e promozione della salute dei loro figli e, più in generale, per supportare l'intero nucleo familiare.

I governi e la comunità nel loro insieme sono chiamati a sostenere tutte le figure che nei diversi contesti si occupano dei bambini e delle bambine, sin da prima dell'evento nascita, affiancando i genitori, gli operatori socio-sanitari e le forze del terzo settore per garantire e promuovere lo sviluppo, la salute e il benessere dei bambini attraverso cure responsive come ribadito recentemente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1).

In Italia il documento di indirizzo *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita* del Ministero della Salute (2) acquisendo le evidenze scientifiche e le raccomandazioni internazionali ribadisce l'importanza di favorire una genitorialità consapevole.

Tra le varie azioni da implementare per raggiungere tale finalità c'è la diffusione tra i genitori, e più in generale tra gli adulti di riferimento, di informazioni corrette tramite un *counselling* adeguato, per la protezione e promozione della salute dei bambini fin dalle prime epoche della vita. Per tale ragione nell'ambito delle attività del Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni è

stata, fin dalla sua Sperimentazione (3), prevista la diffusione di materiali di comunicazione che derivano dal Programma GenitoriPiù.

Il Programma GenitoriPiù ha infatti sempre posto molta attenzione ad azioni mirate per la promozione di otto determinanti di salute, sia attraverso la creazione e diffusione di materiali cartacei, sia tramite la manutenzione e l'aggiornamento del sito genitoripiù.it.

Negli anni, la comunicazione ha attraversato un percorso di continuo rinnovamento, pur da sempre rifiutando un approccio prescrittivo, passando dall'essere centrata sulla divulgazione dell'importanza degli otto determinanti a integrare messaggi rivolti alla promozione del benessere psicologico genitoriale.

Tale evoluzione ha visto un ulteriore sviluppo nel rinnovare i materiali di comunicazione nell'ambito della raccolta dati 2018-2019 della Sorveglianza Bambini 0-2 anni. Infatti, il Gruppo di lavoro GenitoriPiù ha contribuito alla redazione e revisione dei materiali di comunicazione di supporto alla Sorveglianza e locandine sui determinanti di salute materno-infantile inclusi nel Programma GenitoriPiù.

I materiali di comunicazione aggiornati sono stati: la brochure (Figura) che riporta una breve spiegazione per singolo determinante con la finalità di permettere la diffusione di messaggi chiari, semplici e completi, suggerendo ai genitori l'accesso appropriato ai servizi e alle fonti di informazione; il poster per diffondere informazioni semplici e chiare sulla promozione della salute nel bambino piccolo. ►

(*) già Dipartimento di Prevenzione, Azienda Ulss 9 Scaligera, Verona.



Figura - Brochure Sorveglianza Bambini 0-2 anni

Nell'ambito della Sorveglianza la brochure viene consegnata alle mamme dopo la compilazione del questionario e i poster sono affissi nei Centri Vaccinali a fine raccolta dati.

La fase di creazione e rinnovo dei materiali ha visto l'attivo coinvolgimento del Gruppo di lavoro GenitoriPiù** ed è andata di pari passo con la creazione del percorso formativo, descritta nel precedente capitolo ed è stata realizzata in collaborazione con i maggiori esperti nazionali dei singoli argomenti e con l'approvazione dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute, nonché delle società scientifiche.

Il lavoro di revisione ha riguardato sia i testi di tutti i determinanti, sia l'ampliamento degli aspetti relativi al periodo preconcezionale e alla sicurezza ambientale ed è stata ideata una nuova veste grafica, a partire dalla creazione di icone coerenti con i contenuti***.

Rispetto ai precedenti materiali il periodo prima del concepimento è ora promosso come finestra di opportunità per l'acquisizione di stili di vita sani, includendo altri aspetti oltre all'assunzione di Acido Folico, con la creazione del messaggio: "Se desiderate una gravidanza, pensateci prima". Per quanto riguarda la sicurezza ambientale, la frase "Protegete il vostro bambino prima e dopo la nascita, dentro e fuori casa" introduce l'attenzione alla protezione da sostanze inquinanti e da un'alimentazione non salutare***.

Si è posta inoltre particolare attenzione alla semplicità del messaggio. Per raggiungere anche i cittadini stranieri residenti in Italia e superare le barriere linguistiche e culturali i materiali di comunicazione contengono i messaggi chiave per la promozione della salute fisica e psicologica del bambino tradotti in quattro lingue (inglese, cinese, hindi e arabo), selezionate sulla base di un'analisi dei flussi migratori e delle caratteristiche culturali dei diversi gruppi etnici, grazie alla consulenza di mediatrici culturali dell'AULSS 9 Scaligera di Verona.

In aggiunta alle singole azioni, in un'ottica di attenzione generale alla relazione genitore-figlio e al benessere psicologico si sono definiti i messaggi "Prendetevi cura di voi: il vostro benessere sarà anche il suo!" e "non esitate a chiedere!". La frase "Pensiamo insieme alla salute dei nostri bambini" ha sostituito la precedente "8 azioni per la salute del tuo bambino". Inoltre il claim GenitoriPiù "Prendiamoci più cura della loro vita" è stato modificato in "Prendiamoci più cura della nostra vita". L'approccio utilizzato è quindi non prescrittivo e di valorizzazione del genitore e delle sue com-

(**) Gruppo di Lavoro regionale, in attuazione alla DGRV 792/2018. Componenti: Leonardo Speri, Daniela Marger, Lara Simeoni, Chiara Bosio ed Elena Fretti.

(***) La revisione dei contenuti dei materiali è stata curata da: Renata Bortolus (Ministero della Salute); Giacomo Toffol (Gruppo PuMP, Pediatri per un Mondo Possibile dell'Associazione Culturale Pediatri); Gherardo Rapisardi (Centro Brazelton, Italia); Alessandra Bramante (Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale); Barbara Walcher (Emotionelle Erste Hilfe di Harms, Primo Soccorso Emozionale).

La nuova veste grafica è stata curata da: Pietro Maiozzi, Enrica Pizzi e Chiara Cattaneo del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'ISS.

petenze. Queste scelte risiedono nella consapevolezza che, dato il legame tra il bambino e i suoi genitori, il suo benessere inizia dal loro benessere.

In conclusione, la promozione di azioni di salute non può prescindere dall'accoglienza e dal sostegno per il percorso, unico e personale, di ogni genitore. Tutti i genitori hanno risorse così come tutti hanno limiti e difficoltà: ogni richiesta, senza differenze, ha diritto a un'accoglienza e a un ascolto competente.

La costruzione e lo sviluppo di una genitorialità consapevole non porta soltanto a una positiva crescita del bambino, ma fa crescere insieme tutta la famiglia, por-

tando con sé, anche in situazioni di particolare fragilità e sofferenza, le straordinarie gratificazioni che si sperimentano nel corso della vita di genitori, caratterizzata quindi non solo da compiti e responsabilità. Per tale motivo, la creazione di materiali divulgativi, di supporto *in primis* al lavoro degli operatori per una loro consegna programmata, ha tenuto conto della necessità della valorizzazione del ruolo di questi ultimi: non sostituirsi ai genitori, i veri esperti dei loro bambini, ma sostenere le loro risorse e valorizzare il legame con il loro bambino. E solo in questo modo sarà possibile trasmettere ai genitori un senso di fiducia nelle proprie capacità. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita". Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future; 2020 (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf).
3. Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, Buoncristiano M, Nardone P, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione*. Roma: CCM/Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2016.

La tutela e la promozione della salute materno-infantile è una priorità di salute pubblica riconosciuta a livello globale. La Strategia dell'Unione Europea sui diritti delle persone di minore età per il periodo 2021-2024 sottolinea la volontà e l'urgenza di continuare a implementare politiche, norme e finanziamenti improntati a migliorare i diritti dei bambini e degli adolescenti, come del resto ribadito dal recente Sistema di Garanzia Europeo volto a garantire misure specifiche per minorenni a rischio di povertà o esclusione sociale.

Le evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato come lo sviluppo delle potenzialità dei bambini, nell'immediato e per il futuro, dipenda fortemente da condizioni favorevoli che si determinano già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, grazie all'integrazione di fattori genetici, psicologici, comportamentali, ambientali e socio-economici.

In Italia i risultati emersi dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni, oggetto di questo rapporto, descrivono come i comportamenti favorevoli al pieno sviluppo psico-fisico dei bambini non siano sempre garantiti ed evidenziano differenze territoriali e condizioni socio-demografiche meritevoli di attenzione in un'ottica di salute pubblica.

Tra le 11 Regioni che hanno partecipato a questa prima edizione della Sorveglianza realizzata nell'ambito dell'Azione Centrale CCM 2016, i dati mostrano che sebbene quasi tutte le mamme (94,0%) abbiano assunto acido folico in occasione della gravidanza, solo il 21,0% lo ha fatto in maniera appropriata utilizzandolo a partire da almeno un mese prima del concepimento. In contrasto con quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) circa l'astensione dall'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento, i dati mostrano ancora un ampio margine di possibile miglioramento visto che il 19,7% delle mamme assume bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese in gravidanza e il 34,9% durante l'allattamento. Sebbene la quasi totalità (93,8%) riferisca di non aver fumato in gravidanza, la percentuale di bambini potenzialmente esposti a fumo passivo a causa della convivenza con almeno un genitore e/o un'altra persona fumatrice si mantiene alta (41,9%). Solo il 23,7% delle mamme allatta in maniera esclusiva a 4-5 mesi di vita e, complessivamente, l'11,7% dei bambini 0-2 anni non è mai stato allattato, nonostante le raccomandazioni dell'OMS e i numerosi interventi a sostegno di questa buona pratica realizzati in Italia. Inoltre, i bambini esposti quotidianamente alla lettura in famiglia sono solo il 15,5% nella fascia d'età 6-12 mesi e il 21,6% in quelli oltre i 12 mesi di età. Il 34,3% dei bambini sotto i 6 mesi e il 76,4% di quelli oltre l'anno di età sono esposti a uno schermo già a partire dai primi mesi di vita, sebbene sia raccomandato la non esposizione fino ai 2 anni.

Questa sintesi di dati relativi a una selezione di indicatori presi in esame dalla Sorveglianza, evidenzia l'urgenza di sviluppare politiche che favoriscano il pieno sviluppo dei bambini (Early Child Development, ECD) tramite interventi in età precoce (Early Intervention, EI), nel rispetto delle raccomandazioni OMS e UNICEF, anche con l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze in salute che, in assenza di interventi, sembrano destinate ad aumentare.

Obiettivo della Sorveglianza è la disseminazione dei dati raccolti per raggiungere i professionisti e le organizzazioni socio-sanitarie per fornire loro elementi conoscitivi utili a favorire lo sviluppo del bambino, per sostenere i decisori nella promozione di politiche a tutela dei primi 1.000 giorni di vita e per informare i cittadini affinché siano facilitate scelte consapevoli a favore della genitorialità responsiva e della salute dei piccoli.

Nel 2022, tutte le Regioni e Province Autonome hanno aderito alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni permettendo, per la prima volta nel Paese, di istituire una rete nazionale di referenti esperti che, insieme al gruppo di coordinamento dell'ISS, ha revisionato e migliorato lo strumento di raccolta dati, introdotto la raccolta online dei dati e permesso di disporre di una fotografia nazionale dei determinanti di salute presi in esame. L'azione sinergica delle risorse multiprofessionali che collaborano alla rete nazionale della Sorveglianza rappresenta un'opportunità strategica anche per promuovere attività di ricerca e interventi a tutela e promozione della salute dalle prime epoche della vita.

**Referenti regionali e operatori sanitari
che hanno partecipato alla raccolta dati 2018-2019**
a cura di Silvia Andreozzi

Regione Valle d'Aosta

Referenti regionali

Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella

Operatori sanitari

Enrico Ventrella (Referente Aziendale) Erika Arlian, Giulia Cheraz, Rosilda Cuaz, Agnese Dondeynaz, Nadia Minerdo, Milena Montrosset, Cinzia Morina, Laura Nicoletta, Chiara Nossein, Stefania Perego, Lisa Personettaz, Manuela Voyat

Regione Piemonte

Referenti regionali

Marcello Caputo, Monica Bonifetto, Vittorina Buttafuoco, Lorenza Ferrara, Gloria Prina, Maria Teresa Revello

Operatori sanitari

ASL TO Città: Giorgiana Modolo (Referente Aziendale), Claudia Alonzi, Vittorina Buttafuoco, Davide Costanzo, Rosa D'Ambrosio, Nadia Dous, Lucia Portis, Serena Vadrucci

ASL TO3: Angela Gallone, Annalisa Castella (Referenti Aziendali), Maria Andretta, Maria Paola Boscolo, Donatella Borinato, Alda Cosola, Patrizia De Maria, Silvia Friolo, Antonella Garzino, Marta Grosini, Debora Lo Bartolo, Flora Miletto, Laura Murotto, Paola Raffaghelli, Giuseppe Rege Colet, Roberta Repetto, Fiorella Ribetto, Giovanna Ruiu, Paola Sappa, Sonia Scarponi, Maria Sgambati, Letizia Sollami, Susanna Spagna

ASL TO4: Franco Valtorta (Referente Aziendale), Giorgia Alletto, Maria Andreo, Barbara Arnodo Cava, Graziella Barra, Federica Bianco, Luciana Bianco, Cristina Bottino, Cristina Capello, Silvia Damiano, Susanna Dansero, Piera Di Gilio, Annamaria Fassino, Simonetta Gaddò, Grazia Gazzera, Rosanna Invernizzi, Maria Rachele Iovino, Maria Marco, Michela Miletta, Monica Molinari, Lara Moscatelli, Maria Teresa Nora, Nadia Papurello, Roberta Pavan, Patrizia Piccottino, Alessia Principiano, Paolo Rosso, Loredana Tonin, Bruna Vacca, Paola Villa

ASL TO5: Anna Maria Scala (Referente Aziendale), Annarita Altieri, Elisabetta Cristianin, Maria Piera Graglia, Sonia Morabito, Melina Randazzo, Rosalia Sapone, Francesca Stroppiana

ASL AL: Giacomo Bruzzone (Referente Aziendale), Tiziana Barberis, Maura Barbieri, Eligio Benzi, Maria Giliola Borasio, Giacomo Bruzzone, Paola Bugatti, Antonella Busnelli, Gianfranca Cazzullo, Luigina Coppo, Orietta Dall'Agno, Marina Deangeli, Maddalena Ferrari, Loredana Fontana, Maria Garau, Irene Grandi, Donatella Grassi, Claudia Grillo, Katia Lamberti, Angela Lantero, Raffaella Leone, Mario Marco Merlo, Lucia Messina, Elsa Mesturini, Barbara Mignone, Carla Moncalvo, Rossella Mussone, Daniela Novelli, Cinzia Pestarino, Giancarlo Picozzi, Filippo Pistone, Giuseppe Raimondi, Ornella Resecco, Maicol Andrea Rossi, Pietro Suigo, Elisa Vignato, Meri Zatti

ASL AT: Maurizio Oddone, Nadia Abate (Referenti Aziendali), Nadia Abate, Laura Baldi, Patrizia Berra, Antonella Cha, Vittoria Iannuzzi, Alessandra Livera, Annamaria Musso, Mariuccia Mutton, Rosangela Rabino, Carla Tartaglino

ASL NO: Rossella Pepe (Referente Aziendale), Marisa Bonino, Chiara Cortellezzi, Rossella Pepe, Laura Signorotti, Rebecca Velatta

ASL CN1: Lorena Eandi, Flavia Valinotti (Referenti Aziendali), Gemma Aimar, Maria Aimar, Mariangela Barale, Maurizia Beltramone, Lidia Borda, Antonella Borda, Margherita Bosticardo, Manuela Camisassa, Monica Castelli, Maria Gabriella Craverio, Caterina Demarchi, Patrizia Ercole, Daniela Giordano, Raffaella Giraud, Luciana Mana, Barbara Martina, Roberta Martino, Silvia Motta, Vilma Parola, Maddalena Raso, Paola Ravaschietto, Marinella Revello, Margherita Rosso, Rosanna Salamone, Domenica Tealdi, Gabriella Testa, Barbara Trosso, Cinzia Veglia, Giulia Vicini

ASL CN2: Franco Giovanetti (Referente Aziendale), Maria Grazia Dogliani, Nadia Francocarlevero, Maria Gabriella Serventi

ASL VC: Virginia Silano (Referente Aziendale), Cristina Battistolo, Noemi Cattaneo, Simona Cottarelli, Rosita Cranco, Aniello D'Alessandro, Ombretta Della Marianna, Carolina Fiorenzi, Michelina Longhi, Donatella Rocco, Veronica Scianguetta, Giuseppina Tola

ASL VCO: Gabriele Del Curto (Referente Aziendale), Franca Carrabba, Liliana Cocciolo

ASL BI: Anna Musso (Referente Aziendale), Micaela Amisano, Filippa Bua, Stefania Busso, Nadia Carraretto, Paola Giaramita, Nadia Lacchio, Simonetta Orecchia, Silvia Orlandi, Piera Rosso

Provincia Autonoma di Trento

Referenti regionali

Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali, Laura Battisti

Operatori sanitari

Maria Grazia Zuccali (Referente Aziendale) Isabella Bertini, Carla Broccato, Serena Cian, Elena Clivati, Francesca Dalvit, Stefania D'Ascanio, Paola Felis, Liviana Frapporti, Marta Giuliani, Sara Lattanzio, Michela Loss, Ilaria Malfatti, Alessandra Martinatti, Sara Molinari, Roberta Moreschini, Vittoria Oliva, Chiara Rizzi, Barbara Simoncelli, Irene Strapazon, Franca Trentini, Luisa Valgoi, Francesca Villotti, Caterina Zanon, Francesca Zottele

Regione Marche

Referenti regionali

Marco Morbidoni, Antonella Guidi, Annalisa Cardone, Cristina Mancini

Operatori sanitari

ASUR Area Vasta 1: Marco Pompili (Referente Aziendale), Angelo Accica, Lumturi Bekshiu, Serena Breglia, Silvia Brusciaglia, Simona Ceci, Justine Cialini, Alessia Di Lanzo, Barbara Francolini, Gigliola Genga, Natalina Ghiselli, Angela Giacalone, Vilma Gianotti, Mariangela Iacobellis, Alessandra Magi, Sabrina Maltoni, Luca Marchitelli, Irene Mercuri, Stefania Pierini, Silvia Sanchioni, Sara Scatena, Luigi Stilla, Alfredo Vaccaro

ASUR Area Vasta 2: Marco Morbidoni (Referente Aziendale), Patrizia Achille, Antonello Ballarini, Marlyn Barchetti, Maria Grazia Bianchi, Elisabetta Branchesi, Francesca Caprara, Milena Cavallotti, Sara Chiatti, Eufemia Ciarallo, Francesca Cinti, Daniela Francoletti, Loredana Freddi, Davide Gatto, Patrizia Giacconi, Giada Gori, Luciana Lesti, Barbara Mancinelli, Tiziana Mangoni, Mirella Marcellini, Francesca Marchegiani, Patrizia Marcolini, Luca Massetti, Catia Mezzanotte, Annamaria Moro, Vania Moroni, Cesare Nonnis, Maria Lourdes Orbegozo, Roberta Patrignani, Fabrizio Peranzoni, Rosita Rossetti, Federica Scaccia, Stefania Schiaroli, Sestilia Sparvoli, Vita Vitale

ASUR Area Vasta 3: Rosanna Passatempo (Referente Aziendale), Monica Catinari, Manuela Cerquetti, Antonella Coppari, Chiara Costantini, Susanna Del Bello, Laura Evaristi, Franca Laici, Annamaria Lambertucci, Stefania Massacesi, Annarita Mogetta, Raffaella Paciaroni, Gabriella Passarini, Irene Petrelli, Costanza Pugini, Simona Quarchioni, Roberta Romagnoli, Lucia Ruffini

ASUR Area Vasta 4: Erika Pavone (Referente Aziendale), Rossana Belfiglio, Mariangela Trovato

ASUR Area Vasta 5: Sandra Emili (Referente Aziendale), Sandra Clementi, Roberta Contrisciani

Regione Lazio

Referenti regionali

Patrizia Auriemma, Alessandra Barca, Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti, Maria Luisa Piras, Paola Barni, Francesco Claro, Daniela Porta

Operatori sanitari

ASL Roma 1: Annamaria Rombolà, Irma Ajola, Anna Valentini (Referenti Aziendali), Emanuela Conversi, Domenica Ludovici, Fannina Scipione

ASL Roma 2: Giovanni Colaiocco (Referente Aziendale), Cinzia Accoto, Silvana Agus, Angelina Andreoli, Pierina Barbarini, Rita Barite, Anna Belli, Maria Chiara Benedetti, Emanuela Bindi, Carla Bonanno, Riccardo Bosi, Silvana Brucchi, Floriana Calvarese, Assunta Calzolaio, Lorenza Carboni, Sonia Cardillo, Maria Casagrande, Angela Cavallaccio, Micaela Chiavacci, Anna Cicia, Filomena Cinquegrana, Giuseppina D'Aliesio, Chiara D'Angelo, Anna Maria Del Vecchio, Roberta Di Mattia, Carolina Di Sanio, Anna Fabi, Stefania Frasconi, Maria Grazia Gianfrancesco, Cinzia Di Giuseppe, Claudia Guidi, Maria Illirico, Barbara Lucattelli, Giuseppina Malatesta, Massimo Malvaso, Ernestina Margiotta, Mattea Massese, Barbara Mazzone, Emanuela Menichelli, Maria Rosaria Miglietta, Marina Morisi, Patrizia Muscatello, Monica Papalia, Maria Teresa Petrucci, Giuseppina Pica, Maurizio Prota, Anna Maria Raffaelli, Fiorella Rapisarda, Francesca Reggio, Giovanna Ruggero, Enza Sbaraglia, Antonella Sesto, Giuseppina Stocchi, Ildiko Telmany, Cristina Turella ▶

Regione Lazio

ASL Roma 3: Daniela Maria Luigia Reggiani, Francesca Leone (Referenti Aziendali), Paola Amore, M. Gabriella Andreozzi, Enrico Assennato, Patrizia Battilocchi, Vincenzino Cantarini, Miranda Consilia, Giovanna D'Onofrio, Ester D'Onofrio, Tiziana Fani, Giustina Faparelli, Monia Ferranti, Maria Paola Filippi, Rita Forconi, Tiziana Galardi, Antonio Giglio, Rosa Graziano, Mariarosaria L'Afflitto, Lucia Masiello, Carmela Mellace, Maria Maddalena Micelio, Lucia Pierri, Carla Prosperi, Liliana Sorgi, Maria Teresa Trabalzi, Daniela Vettese

ASL Roma 4: Maria Teresa Sinopoli, Stefano Sgricia (Referenti Aziendali), Roberta Accardo, Elena Arduini, Gabriella Belfiori, Mariangela Benigni, Gabriela Blanca, Ilaria Borghi, Silvia Caldarelli, Daniela Cardinali, Cristiana Curti, Vincenzo D'Angelo, Loria Delle Monache, Clara Fusillo, Margherita Miccolis, Manuela Moretti, Olga Olimbo, Maria Petrarca, Giulia Roncaccia, Stefano Rossi, Beatrice Sciancalepore, Daniela Scognamiglio, Marina Sica, Margherita Solimeno

ASL Roma 5: Valerio Dell'Orco, Emanuela Gentili, Alberto Perra (Referenti Aziendali), Anna Autiero, Sonia Barbonetti, Anna Cardilli, Roberto Colucci, Roberto Lisi, Germana Lisi, Daniela Nera, Vittoria Pallante, Giulia Panzieri, Anna Silvestri, Prili Vincenza, Luana Vitelli, Paola Zaccaria

ASL Roma 6: Raffaele Catapano, Roberta Iaboni (Referenti Aziendali) Michela Calcari, Simona Casaroli, Luigina Colaceci, Daniela Delicati, Barbara Denni, Marco Del Duca, Luciana Grillo, Monica Iacobini, Patrizia Leo, Rachelina Lucariello, Maria Antonia Macaione, Naysi Martinez, Giulia Massa, Elena Palmieri, Antonella Picchio, Alessia Pisciarelli, Rita Purificato, Luca Rivetta, Giustina Zampella

ASL Frosinone: Maria Gabriella Calenda, Anna Maria Pugliese (Referenti Aziendali), Giovanna Abbondanza, Lucia Balzerani, Paola Battistini, Nicoletta Bottoni, Katia D'Arpino, Germana Del Monte, Elena Di Cicco, Daniela D'Inverno, Gaetano Germani, Giuseppina Iaboni, Giuseppina Iacuanello, Anna Maria Ilari, Angela Caterina Lauria, Cinzia Lucarelli, Agostina Mastronardi, Maria Mauro, Maria Pia Mazzetti, Mikaela Mingarelli, Eliana Minotti, Francesca Minotti, Anna Maria Moticone, Barbara Pizzuti, Bruna Rainaldi, Assunta Risi, Rosanna Sacchi, Enrico Straccamore, Francesco Tosti, Elena Velocci

ASL Latina: Aida Recchia (Referente Aziendale), Giuliana Altrini, Veronica Bianchini, Eleonora Colandrea, Rossana Conte, Maria Virginia Cuccarelli, Dora Di Pede, Maria Adelaide Fiorini, Nazaria Lanzillo, Vincenza Mallozzi, Roberta Marzullo, Stella Masocco, Nicoletta Panizza, Tania Pellegrini, Caterina Picone, Stefania Rivaroli, Erminia Roma, Anna Cecilia Saltarelli, Paola Scorretti, Gelsomina Sellari, Anna Spirito

ASL Rieti: Stefano Marci, Chiara Zuccaretti (Referenti Aziendali), Elena Battisti, Cinzia Nulli, Irene Ramacogi, Pasqualina Scacciafratte, M. Giuseppina Troiano

ASL Viterbo: Silvia Aquilani, Silvia Dari (Referenti Aziendali), Lucy Becerra, Giorgia Bisogno, Daniela Cipriannetti, Carlo Crescenzi, Tiziana Feliziani, Margherita Manzi, Paola Perugi, Rosalba Pinton.

Regione Campania

Referenti regionali
Gianfranco Mazzarella

Operatori sanitari

ASL Avellino: Gaetano Morrone, Lucia Andolfi (Referenti Aziendali), Maria Antonietta Albanese, Virginia Cioffi, Luisa D'Ambrosio, Antonella D'Anna, Giuseppe De Iesu, Cecilia Dello Russo, Antonia Fioravanti, Lucia Frongillo, Rita Giordano, Carmela Giordano, Silvana Grimaldi, Giuseppina Iandiorio, Annamaria Mastromarino, Pasquale Mazzarella, Giovanna Moscaritolo, Rachele Nicolini, Maria Teresa Pagliuso, Maria Peluso, Nicolina Pescatore, Rosalba Schiavo, Linda Volpe

ASL Benevento: Annarita Citarella (Referente Aziendale); Rosa Bassi, Francesco Burro, Domenico Civitillo, Albertina Corrado, Maria Costagliola, Adele Del Vecchio, Anna Di Iorio, Maria Rosaria Di Mella, Gina Di Mella, Michelina Ferri, Lucia Furno, Anita Iadonisi, Emma Malgieri, Giovanna Palumbo, Concetta Papa, Rocco Russo, Fiorinta Scocca, Giovanna Solla

ASL Caserta: Filomena Tripaldella, Clementina Di Matteo (Referenti Aziendali); Giuseppina Sanmarco, Umberto Santillo, Anna Scarpa, Luigi Schiavone, Paolo Consoli, Giuseppina Mottola, Carmine Cuccaro, Maria Russo, Francesco Di Rienzo, Michele Bellini, Maria Grazia Ronca, Luigi Gaio, Nicolino De Iorio, Andrea Latino. ►

Regione Campania

ASL Napoli 1 Centro: Luigi Esposito, Rosanna Ortolani, Ugo Vairo, Assunta Parlato (Referenti Aziendali), Concetta Abete, Maria Vittoria Andreucci, Annalisa Annunziata, Alma Arzillo, Lucia Ascione, Vincenzo Barra, Addolorata Bellomunno, Donatella Bernardo, Gennaro Bonomo, Carmela Buonincontro, Lucia Cennamo, Luigi Cerullo, Gemma Colomba, Maria Rosaria D'agnello, Francesca D'angio, Raffaele D'avino, Fabiola De Michele, Maria Rosaria Di Resta, Filomena DiMatteo, Ester Donzelli, Antonia Esselen Jourand, Carmela Ferrara, Sergio Genovese, Eleonora Giannetti, Luigia Rita Iervolino, Bianca Indiveri, Maria Linardo, Fulvio Maiello, Annamaria Maisto, Annamaria Pappalardo, Maria Parente, Nunzia Raio, Giovanni Rancella, Elena Riccio, Eleonora Riccio, Riccardo Rodolico, Giuseppina Savinelli, Antonella Sirigu, Ornella Stoppoloni, Carla Ungaro, Fabrizio Vairo, Carmen Vastano, Anna Vitagliano

ASL Napoli 2 Nord: Giuseppina Gallicchio, Leonilda Pagano (Referenti Aziendali), Rosa Altavilla, Angela Amato, Antonella Amato, Carmela Annella, M. Consiglia Aquilone, Carmela Atteo, Carmela Autoro, Francesca Balivo, Anna Bello, Gabriella Boccia, Carmela Boniello, Valentina Calabrò, Rosa Capozzi, Marco Carboncino, Filomena Castaldo, Orsola Cirillo, Filomena Ciullo, Pio Corrella, Orsola D'Agostino, Vincenzo D'Ambrosio, Florindo D'angelo, Pasqualina D'Angelo, Rosanna D'Arbitrio, Raffaele De Filippo, Ferdinando De Luca, Pasqualina de Martino, Anna De Rosa, Angela De Vito, Raffaella Di Donato, Teresa Di Perna, Loredana Fabiano, Alfredo Ferrara, Angela Florio, Federica Fontana, Teresa Galeno, Sandra Greco, Giuseppina Grimaldi, Renata Liotta, Virna Maggi, Michelina Mainolfi, Anna Maria Maisto, Melania Marrazzo, Carmela Mele, Claudio Messere, Vincenzo Muro, Loredana Napolitano, Emilia Nasti, Girolama Niola, Amabile Perna, Anna Pezzella, Luisa Pisa, Salvatore Razzano, Luisa Ruocco, Giuseppe Russo, Anna Russo, Luigi Sannino, Maurizio Severino, Patrizia Sollazzo, Vincenzo Stornaio, Teresa Vecchia, Elena Ventrella

ASL Napoli 3 Sud: Luigi Granato, Giuseppina Di Lorenzo, Concetta Pane (Referenti Aziendali), Teresa Abagnale, Lucia Adiletta, Maria Rosaria Annunziato, Margherita Ascione, Filomena Buonocore, Raffaella Carotenuto, Rosa Corfetti, Giovanna Costabile, Giuseppina Cuomo, Giuseppe D'Avanzo, Giuseppina Daniele, Michela De Martino, Luigi De Stefano, Luigi Falanga, Maria Pia Giordano, Annamaria Grandi, Elvira Guida, Immacolata Iorio, Maria Liguori, Rosa Malafrente, Lena Silvana Manzi, Rosalia Monsurrò, Luigia Napolitano, Emma Immacolata Nappi, Carmela Parisi, Rosalba Passariello, Felicia Peluso, Giuliana Pizza, Irene Porciello, Mario Preziosi, Annamaria Punzo, Coppola Raffaella, Carmelina Russo, Carmela Sacchettino, Assunta Santangelo, Maria Sapio, Italia Scala, Rosaria Severino, Angela Sicignano, Giovanni Strazzullo, Teresa Tortora, Stella Triclini, Antonio Vitiello, Giuseppina Zinno

ASL Salerno: Ida Andreozzi (Referente Aziendale), Michele Adinolfi, Maria Amabile, Rocco Basile, Anna Berritto, Anna Bianchino, Anna Bianco, Rita Brancaccio, Antonella Capodanno, Antonia Capone, Rosa Castiello, Giovanna Catino, Maria Cavallaro, Immacolata Cerrato, Iolanda Cianciulli, Salvatore Ciccariello, Raffaella Clemente, Francesca Colella, Giulio Cosenza, Maria Crescenzo, Rosa D'amico, Domenico De Girolamo, Teresa Del Gaudio, Giovanna D'elia, Elena Delle Noci, Giovanna Di Dia, Tiziana Di Lascio, Patrizia Di Maria, Anna Di Matteo, Maria Esposito, Anna Falciano, Domenica Ferrante, Elena Fiordispina, Francesco Fiore, Antonietta Forlenza, Cinzia Fusco, Maria Gallo, Teresa Genovese, Franca Giovanna Giuliano, Anna Maria Grimaldi, Silvana Inverso, Giovanna Landi, Michelina Linfanti, Angelo Maiuri, Sara Marino, Aldina Mollo, Annalisa Nardacci, Raffaele Nasto, Annarosa Orlando, Antonella Pacifico, Filomena Palma, Anna Paternuosto, Manlio Pecorelli, M. Rosaria Petraglia, Eligio Poetini, Giulia Rispoli, Mario Rocco, Antonio Rossomando, Giuseppina Rubino, Nunzio Sannino, Rosa Savino, Tiziana Savino, Marilena Sicignano, Roberta Soriente, Maria Consiglia Spinelli, Carmela Tavernise, Giuseppina Trancucci, Anna Teresa Vassallo, Michele Visconti

Regione Basilicata

Referenti regionali

Mariangela Mininni, Dina Sorrentino

Operatori sanitari

ASP: Filomena Losasso (Referente Aziendale), Vito Civita, Rosella Di Ciancia, Carmela Laurita, Rocchina Manzi, Annamaria Rosa, Elvira Venosa

ASM: Carlo Annona (Referente Aziendale), Anna Ditursi, Maria Epifania, Sandra Lapicciarella, Lorena Libardi

Regione Puglia

Referenti regionali

Onofrio Mongelli, Maria Teresa Balducci

Operatori sanitari

ASL FG: Giuseppina Moffa, Maria Nesta (Referenti Aziendali), Marianna Annese, Costantina Borazio, Elisabetta Fanelli, Giovanni Iannucci, Fabiana Luvera, Daniela Pesce, Nicoletta Ricciardi

ASL BT: Stefania Menolascina; Antonio Falco (Referenti Aziendali), Michele Terlizzi

ASL BA: Rosella Squicciarini (Referente Aziendale), Mariella Armenise, Grazia Maria Avella, Nunzia Azzolini, Eufemia Barbierini, Francesco Biancomaselli, Maristella Ciullo, Maria Colapinto, Maria Antonietta Colasanti, Angela Curci, Giovanni Di Cecca, Rosalba Donnoli, Ruggero Fiore, Giulia Formica, Grazia Fortunato, Anna Goffredo, Antonia Rosa Grumo, Damiana Iannone, Pilagatti Laura, Angela Losacco, Antonio Madaro, Anna Maria Matera, Giovanni Mazzamurro, Raffaele Mininni, Vincenzo Nunziante, Eugenia Padolecchia, Onofrio Pagone, Giulia Pennuzzi, Nicoletta Porcelli, Vitantonio Ricci, Letizia Rizzo, Antonia Ruscigno, Celeste Salandra, Angela Soranno, Rosa Squitieri, Giuliana Tommasicchio, Anna Cristina Valente

ASL BR: Pasquale Domenico Pedote (Referente Aziendale), Tea Bitetto, Tiziana Caldarulo, Rosanna Carone, Addolorata D'Ambrosio, Antonia D'Amico, Rosanna D'Angela, Maria Nicola Giasi, Sara Lorusso, Federica Manfreda, Rosanna Marzollini, Grazia Nacci, Maria Serena Re, Grazia Rotunno, Gianvito Schena, Stefano Termite

ASL TA: Giovanni Caputi, Francesco Desiante, Carmela Nanula (Referenti Aziendali), Maria Busatta, Angelo Chiaradia, Domenico Chiaradia, Donato De Bellis, Francesco Desiante, Giuseppina Furio, Maria Nicola Giasi, Augusto Giorgino, Walter Liuzzi, Lucianna Mongelli, Carmela Nanula, Filomena Siciliani, Antonio Tsetino, Daniela Zappatore

ASL LE: Ingrid Sabrina De Nicola; Maria Antonietta Morea (Referenti Aziendali), Maria Grazia Baldar, Vincenza Coli, Rosa Magnolo, Giovanni Magnolo, Romina Protopapa, Stefania Quaranta, Donata Sicuro, Adriana Schito

Regione Calabria

Referenti regionali

Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli

Operatori sanitari

ASP Catanzaro: Rosario Raffa, Giuseppe Furgiuele (Referenti Aziendali), Paolina Aloisio, Antonio Barbutto, Emilia Caligiuri, Paola Casadonte, Alessandro Corapi, Rosamaria Cristiano, Angela Currà, Teresa Giannini, Felice Marasco, Paolo Megna, Simona Tramontana, Sisto Vecchio

ASP Cosenza: Roberto Leonetti (Referente Aziendale), Annunziato Conforti, Carmela Cristiano, Rosanna De Marco, Concetta Floccari, Anna Galantucci, Piero Gallo, Vincenzo Gaudio, Antonio Maradei, Rocco Cataldo Romeo, Francesca Scrivano

ASP Reggio Calabria: Antonella Crea, Pierdomenico Mammì (Referenti Aziendali)

ASP Vibo Valentia: Antonino Restuccia, Maria Antonietta Cartisano (Referenti Aziendali), Caterina Capomolla, Maria Teresa De Fina, Antonio De Monte, Antonia Giordano, Gabriele Lascalea

ASP Crotone: Adalgisa Pugliese, Matilde Morello (Referenti Aziendali), Maria Lucia Crugliano, Lucia Anna Iannone, Giuseppe Monti, Isabella Sellaro, Angela Tortello Cannata

Regione Sicilia

Referenti regionali

Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli

Operatori sanitari

ASP Agrigento: Donatella Tealdo (Referente Aziendale), Diega Asaro, Daniela Ferrara, Martina Scalzo, Alfonsa Maria Tagliarini

ASP Caltanissetta: Francesco Iacono (Referente Aziendale), Serena Mulè

ASP Catania: Mario Cuccia, Antonio Mistretta (Referenti Aziendali), Valentina Altadonna, Dora Castiglione, Mariagiovanna Falla, Valerio Fiore, Alessandra Giarratana, Melania La Verde, Liberata Keti Nicolosi, Serena Mulè, Grazia Paladino, Armando Platania, Dario Sinatra, Valeria Vecchio ▶

Regione Sicilia

ASP Enna: Eleonora Caramanna (Referente Aziendale), Giuseppa Cammarata
ASP Messina: Rosaria Cuffari (Referente Aziendale), Damiano Arena, Marisa Bruno, Teresa Laganà, Giuseppina Nastasi, Antonio Pollicino, Julia Rysiak, Anna Salvo, Umberto Santangelo, Salvatore Sidoti, Lorenza Sorrenti
ASP Palermo: Nicola Casuccio (Referente Aziendale), Ilenia Di Dio, Giustina Filippello, Domiziana Giordano, Salvatore Giunta, Elio Musacchia, Claudia Sannasardo, Francesco Scarpitta, Calogero Sciascia, Angela Sutura
ASP Ragusa: Gaetano Migliorino (Referente Aziendale), Daniela Burrafato, Loredana Fargione, Teresa Occhipinti, Maria Tronci, Donatella Tumino, Rossella Vega
ASP Siracusa: Maria Lia Contrino (Referente Aziendale), Fabio Contarino, Adriana Floridia
ASP Trapani: Stefano Giaramida, Giuseppe Valenti (Referenti Aziendali), Francesco Daidone, Isabella Elisa Genna, Maria Letizia Genovese, Stefano Giaramida, Giovanna Ginevra, Leonarda Ilardo, Rosa Leone, Rosa Moachino, Giosuè Norrito, Antonietta Sinacori, Francesca Tabita, Giuseppe Valenti

Regione Sardegna

Referenti regionali

Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia

Operatori sanitari

ASSL1: Grazia Tolle, Nicola Grandi (Referenti Aziendali), Emma Cherchi, Nanda Tiziana Giacconi, Alberto Marraccini; Isabella Gessa

ASSL2: Maria Vittoria Marceddu (Referente Aziendale), Patrizia Bertocchi, Maria Giuseppa Campus, Jessica Pisanu, Antonella Salvati

ASSL3: Graziella Bonaria Salis (Referente Aziendale), Antonietta Bardeglinu, Grazia Curreli, Valeria Floreddu Emanuela, Pisone

ASSL4: Tonina Augusta Maria Mulas, Giuliana Demurtas (Referenti Aziendali), Giulia Angius, Emanuela Carta, Alessandra Casula, Lucia Noli, Antonio Serafino Sioni

ASSL5: Rita Serpi (Referente Aziendale), Efsia Mura, Rita Piras; Teresa Sanna, Giovanni Simbula

ASSL6: Antonio Oi (Referente Aziendale), Carla Annunziata Agabbio, Roberta Massa, Federica Pisano, Maria Caterina Saiu

ASSL7: Giovanna Cadeddu (Referente Aziendale), Antonella Cicilloni, Maria Silvia Contini, Maria Daniela Fiori, Maria Rafaela Milia, Gloria Puxeddu

ASSL8: Gabriele Mereu (Referente Aziendale), Giuliana Caddeo, Elisabetta Cannas, Monica Contini, Maria Chiara Dasaro, Franca Fais, Martina Lallai, Loredana Lecis, Anna Marras, Marcella Moi, Daniela Mulas, Stefania Nepitella, Ilaria Orrù, Emanuela Porcedda, Maria Vittoria Sanna, Alessandra Sotgiu; Laura Spada, Elena Tascetta, Giovanni Maria Zanolta.

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

*Supplemento 1, al vol. 35, n. 10 (ottobre 2022)
del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità
ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (online)*

*Legale rappresentante e Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità: Silvio Brusaferrò
Direttore responsabile: Paola De Castro*

*Registro della Stampa - Tribunale di Roma
n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e n. 117 del 16 maggio 2014 (online)*

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
www.iss.it

A cura del
Servizio Comunicazione Scientifica