



SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Risultati dell'Indagine 2018-2019

REGIONE CAMPANIA



Dicembre 2020

Hanno contribuito alla realizzazione della Sorveglianza:

A livello nazionale

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 S. 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*)

a livello regionale: Gianfranco Mazzarella

Referenti e operatori

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

ASL BENEVENTO: Annarita Citarella (*Referente Aziendale*); Michelina ferri, dott. Emma Malgieri, dott. Lucia Furno, Inf. Anna Di Iorio, Inf. Maria Rosaria Di Mella, Inf. Adele del vecchio, Inf. Giovanna Palumbo, dott. Francesco Burro, dott. Rosa Bassi, dott. Domenico Civitillo, dott. Maria Costagliola, Inf. Concetta Papa, Inf. Albertina Corrado, Inf. Anita Iadonisi, Inf. Fiorinta Scocca, dott. Rocco Russo, Inf. Gina Di Mella, Inf. Giovanna Solla.

ASL CASERTA: Filomena Tripaldella, Clementina Di Matteo (*Referenti Aziendali*); G. Sanmarco, U. Santillo, A. Scarpa, L. Schiavone, P. Consoli, G. Mottola, C. Cuccaro, M. Russo, F. Di Rienzo, M. Bellini, MG Ronca, L. Gaio, N. Iorio, A. Latino

ASL NAPOLI 1 CENTRO: Luigi Esposito, Rosanna Ortolani, Ugo Vairo, Assunta Parlato (*Referenti Aziendali*), Ornella Stoppoloni, Elena Riccio, Concetta Abete, Luigi Cerullo, Maria Rosaria Di Resta, Eleonora

Giannetti, Bianca Indiveri, Maria Linardo, Sergio Genovese, Fulvio Maiello, Fabrizio Vairo, Annamaria Maisto, Riccardo Rodolico, Carmela Ferrara, Eleonora Riccio, Nunzia Raio, Carla Ungaro, Antonella Sirigu, Filomena Di Matteo, Carmela Buonincontro, Francesca D'angio', Fabiola De Michele, D'agnello Maria Rosaria, Anna Vitagliano, Vincenzo Barra, Addolorata Bellomunno, Gemma Colomba, Luigia Rita Iervolino, Maria Parente, Carmen Vastano, Donatella Bernardo, Esselen Jourand Antonia, Gennaro Bonomo, Annalisa Annunziata, Raffaele D'avino, Maria Vittoria Andreucci, Lucia Cennamo, Annamaria Pappalardo, Lucia Ascione, Alma Arzillo, Giovanni Rancella, Ester Donzelli, Giuseppina Savinelli.

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

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

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

Un ringraziamento particolare a tutti i genitori coinvolti nell'indagine i quali, con la loro partecipazione, hanno reso possibile la produzione di dati e informazioni preziose per il miglioramento della salute della popolazione.

Copia del volume può essere richiesta a:

Angelo D'Argenzio

Dirigente UOD Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro - O.E.R. - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR

angelo.dargenzio@regione.campania.it

Gianfranco Mazzearella

Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR

gianfranco.mazzearella@regione.campania.it

Oppure è scaricabile dal sito web di riferimento della Sorveglianza:

<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/o-2anni>

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

INDICE

PREFAZIONE.....	6
INTRODUZIONE.....	7
METODOLOGIA.....	8
Caratteristiche del campione	10
Assunzione di acido folico.....	11
Consumo di tabacco.....	14
Consumo di bevande alcoliche.....	17
Allattamento	20
Lettura precoce in famiglia	23
Esposizione a schermi	26
Posizione in culla.....	29
Vaccinazioni	31
Incidenti domestici	33
Uso del seggiolino	35
CONCLUSIONI GENERALI	37
Tabelle	38
MATERIALI BIBLIOGRAFICI.....	43
POSTFAZIONE	50

PREFAZIONE

E' ormai universalmente riconosciuto che la salute di tutta la popolazione, e non soltanto quella dei bambini, è indiscutibilmente influenzata dalla precocità degli interventi di prevenzione: l'approccio *life-course* alla costruzione della salute, infatti, rappresenta un *must* costantemente ribadito dalle più alte agenzie di salute pubblica nazionali e internazionali.

Ed è per questo motivo che Regione Campania, consapevole della necessità di un continuo impegno per il miglioramento della qualità della vita dei suoi cittadini, ha investito molto nello sviluppo e nella messa a punto del “Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni”, inserito nel DPCM 3 marzo 2017, che identifica i sistemi di Sorveglianza e i Registri nazionali. La Campania, infatti, ha sia preso parte al primo studio pilota nel 2013 per la messa a punto della Sorveglianza e, successivamente, ha partecipato alla prima rilevazione (ossia quella riportata in questo report) con una rappresentatività a livello aziendale, oltre che regionale. Tale livello di rappresentatività aziendale non è un dettaglio da sottovalutare; essa consente di fornire alle singole aziende sanitarie locali dati “propri” necessari per una migliore comprensione dei fenomeni e, soprattutto, per la valutazione dell'impatto degli interventi nel corso degli anni.

I risultati della prima rilevazione del “Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni”, riportati nel presente report, descrivono una realtà complessa che necessita di una committenza e di investimenti di un certo rilievo. Consapevole di ciò, Regione Campania ha già impegnato risorse nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-19 nel quale era previsto un programma dedicato a “I Primi 1.000 Giorni di Vita”. E ancor di più, alla luce dei presenti risultati della Sorveglianza, ritiene necessario realizzare mediante il Piano Regionale della Prevenzione 2020-25 -attualmente in fase di redazione e che riserva uno spazio davvero rilevante al tema de “I Primi 1.000 Giorni di Vita”- interventi specifici sui principali determinanti di salute del bambino.

Consegnamo ai decisori e ai pianificatori aziendali questo preziosissimo report affinché si possa sempre più, rifuggendo dall'episodicità dei progetti, “mettere a sistema” programmi evidence-based, solidi, strutturati, continuativi e, soprattutto, adeguatamente monitorati e valutati. Necessaria infine, ma non per questo meno importante, una particolarissima attenzione all'utilizzo della “lente per l'equità” per la riduzione delle disuguaglianze di salute le quali, soprattutto nelle prime epoche della vita, impattano in modo rilevante sulla salute dei più fragili.

Un sentito riconoscimento a quanti, ai vari livelli -con cura, passione e continuità- hanno contribuito e contribuiranno alla tutela della salute dei più piccoli.

Dr Pietro Buono
Direttore UOD 17 - Attività consultoriali e
assistenza materno-infantile.
Dirigente di staff - Funzioni di supporto tecnico-
operativo

Dr Angelo D'Argenzio
Direttore UOD 02 - Prevenzione e igiene
sanitaria - prevenzione e tutela della salute e
della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro -
O.E.R.

Avv. Antonio Postiglione
Direttore Generale Tutela della Salute
e Coordinamento del SSRR
Regione Campania

INTRODUZIONE

La promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita – compresi tra il concepimento e i primi due anni di età – è raccomandata a livello internazionale anche al fine di contrastare precocemente le disuguaglianze di salute. 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 anche di favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e influenzarne positivamente la salute in età adulta.

Nel nostro Paese sono state promosse diverse azioni volte a proteggere e promuovere la salute nei primi 1000 giorni di vita. Di qui la necessità di dati di popolazione che consentano di monitorare l'applicazione di queste azioni al fine di valutare i comportamenti di salute e orientare la programmazione delle politiche socio-sanitarie in ambito materno-infantile.

A tal fine il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato nel 2013 la sperimentazione di un Sistema di Sorveglianza - Sorveglianza Bambini 0-2 anni - su alcuni determinanti di salute precoci inclusi nel Programma GenitoriPiù, affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto pilota, realizzato in 13 distretti sanitari di 6 regioni, si è concluso nel 2016 e ha permesso di validare metodologia, strumenti di rilevazione e *setting* per la raccolta dei dati, evidenziando le potenzialità della Sorveglianza e della sua estensione nazionale.

Nel 2017 sempre il Ministero della Salute ha promosso e finanziato un progetto per favorire la diffusione di questa Sorveglianza, alla quale oggi aderiscono Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma 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. Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni è stato inserito nel DPCM del 2017 su registri e sorveglianze di rilevanza nazionale e regionale e prevede nel tempo il progressivo coinvolgimento di tutte le Regioni e Province Autonome.

La Sorveglianza rileva informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento a 2 anni di vita al fine di produrre indicatori, in parte richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, che consentano confronti territoriali e temporali. Il monitoraggio degli indicatori nel tempo, l'analisi delle differenze territoriali e delle relazioni con i fattori socio-economici, fanno della sorveglianza un importante strumento di supporto alla sanità pubblica e portano all'attenzione degli operatori e dei decisori informazioni che permettono di individuare sottogruppi di popolazione maggiormente esposti ai fattori di rischio al fine di indirizzare in modo efficace le azioni.

La prima edizione della rilevazione, condotta tra dicembre 2018 e aprile 2019, ha visto coinvolte complessivamente 29.492 mamme nelle 11 regioni partecipanti, con tassi di partecipazione ovunque molto alti e superiori al 95%.

Nel Report vengono presentati i risultati per la Campania.

METODOLOGIA

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione attraverso indagini condotte a cadenza regolare su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni mira a raccogliere informazioni basilari su alcuni determinanti di salute nei primi 1000 giorni di vita, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai Servizi coinvolti nella raccolta dati. Si avvale di un Coordinamento Nazionale, di un Comitato Tecnico con funzioni di indirizzo e supporto tecnico-scientifico, di Referenti Regionali e Locali con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati a livello regionale e sub-regionale.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle mamme di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i Centri Vaccinali (CV) per effettuare le vaccinazioni.

Modalità di campionamento

La Sorveglianza prevede una rappresentatività del campione a livello regionale e, per le regioni che lo richiedono, anche a livello di ASL. L'arruolamento delle mamme avviene nei CV in occasione della 1^a, 2^a e 3^a dose DTP-esavalente e 1^a dose MPRV in modo da coprire adeguatamente la fascia 0-2 anni.

Ciascuna delle dosi vaccinali considerate rappresenta una base campionaria diversa corrispondente a una fascia specifica di età all'interno di quella target 0-2 anni (indicativamente 3°, 5°, 12° e 15° mese di vita), quindi vengono selezionati 4 campioni per ogni regione. Per ciascuna dose vengono reclutate tutte le mamme che accompagnano i bambini presso i CV fino al raggiungimento della numerosità campionaria stabilita in fase di disegno dello studio. Ogni mamma può essere intervistata una sola volta.

La numerosità campionaria viene stabilita sulla base del numero di nati e del numero di bambini vaccinati nell'anno precedente, con una precisione desiderata delle stime del 5%. Le regioni interessate possono richiedere la rappresentatività aziendale per una o più ASL in corrispondenza di una o più dosi.

In Campania è stata scelta sia la rappresentatività regionale sia quella aziendale, quest'ultima in corrispondenza di tutte le dosi per le ASL Caserta, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno, mentre soltanto in corrispondenza delle prime due dosi DTP-esavalente per le ASL Avellino e Benevento. Hanno partecipato alla raccolta dei dati tutti i CV presenti sul territorio.

Raccolta dei dati e formazione degli operatori coinvolti

Un questionario tradotto in più lingue (arabo, cinese, albanese, romeno, indi, inglese, francese e spagnolo) viene autocompilato dalle mamme, in formato cartaceo o on-line su un proprio device (cellulare o tablet), prima o dopo la seduta vaccinale. Il questionario raccoglie informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento a 2 anni di vita: assunzione di acido folico in occasione della gravidanza, consumo di tabacco e bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, allattamento, lettura precoce in famiglia, esposizione del bambino a schermi (computer, tablet, cellulari, TV), posizione in culla, vaccinazioni, incidenti domestici e utilizzo del seggiolino in auto.

Tutti i professionisti coinvolti nella Sorveglianza (referenti regionali, locali e operatori direttamente coinvolti nella raccolta dei dati) vengono adeguatamente formati sia sugli aspetti più tecnici (legati alle operazioni di raccolta, inserimento e trasmissione dei dati) sia sulle tematiche indagate.

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, mentre quella sui contenuti, che in questa edizione è stata realizzata tramite una FaD dedicata, è indispensabile per fornire le conoscenze necessarie per poter informare i genitori sui comportamenti corretti per promuovere la salute dei propri figli in un'ottica di *empowerment* delle competenze genitoriali. L'attività di promozione dei comportamenti a favore della salute da parte degli operatori viene facilitata grazie all'utilizzo di materiale informativo multilingue come brochure consegnate alle mamme dopo la compilazione del

questionario. Il materiale informativo, proveniente dal Programma GenitoriPiù, è stato aggiornato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Azienda Ulss 9 Scaligera del Veneto.

La raccolta dei dati della prima edizione della rilevazione è avvenuta in tutte le regioni tra dicembre 2018 e aprile 2019. L'inserimento dei dati in Campania è stato effettuato da operatori dei CV e delle ASL attraverso l'utilizzo di una piattaforma web sviluppata ad hoc da una ditta incaricata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è consistita principalmente nel calcolo di indicatori rappresentati da prevalenze dei determinanti indagati. Per tutti gli indicatori sono state riportate le stime puntuali, oltre che per la regione in studio, anche per le altre partecipanti alla Sorveglianza e la media calcolata sul totale delle mamme delle 11 regioni. Per i principali indicatori sono stati calcolati, relativamente alla regione in studio, anche gli intervalli di confidenza al 95%.

I principali determinanti sono stati analizzati in relazione ad alcune variabili socio-economiche potenzialmente associate. Questo ha portato a restringere le analisi su sottogruppi di mamme (individuati sulla base delle variabili considerate) di numerosità variabile e dunque, in caso di numerosità esigue, gli intervalli di confidenza associati alle prevalenze potrebbero risultare molto ampi. Attraverso modelli di regressione logistica multivariata è stato valutato l'effetto indipendente, sui singoli determinanti, di ciascuna delle variabili considerate.

Le analisi sono state condotte con il software Stata versione 14.2.

Caratteristiche del campione

In Campania sono state intervistate 9.254 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 96,8%.

Il 33,5% delle mamme intervistate ha meno di 30 anni, il 34,4% ha tra 30 e 34 anni e il 32,0% è composto da ultratrentacinquenni. L'età media complessiva è di 31,8 anni.

Il 5,9% delle mamme risulta nato all'estero.

Il 46,6% ha conseguito la licenza media superiore e il 26,5% la laurea.

Il 32,8% non ha un'occupazione, mentre il 42,2% ha dichiarato di avere alcune o molte difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione.

Il 53,6% delle mamme è composto da primipare; il 29,2% ha dichiarato di aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita (CAN) in occasione dell'ultima gravidanza o di una gravidanza precedente.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche delle mamme partecipanti alla Sorveglianza in Campania

Caratteristiche socio-demografiche	n	%
Età		
≤29 anni	3002	33,5
30-34 anni	3086	34,4
≥35 anni	2871	32,0
Paese di nascita		
Italia	7713	94,1
Estero	485	5,9
Livello di istruzione		
Al più licenza media inferiore	2393	26,9
Licenza media superiore	4151	46,6
Laurea	2364	26,5
Stato occupazionale		
Occupata	6063	67,2
Non occupata	2961	32,8
Difficoltà economiche familiari		
Arriva a fine mese molto facilmente	1131	12,5
Arriva a fine mese abbastanza facilmente	4088	45,3
Arriva a fine mese con qualche difficoltà	2992	33,2
Arriva a fine mese con molte difficoltà	810	9,0
Parità		
Primipara	4442	53,6
Multipara	3842	46,4
Partecipazione a un CAN*		
Sì	2624	29,2
No	6361	70,8

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

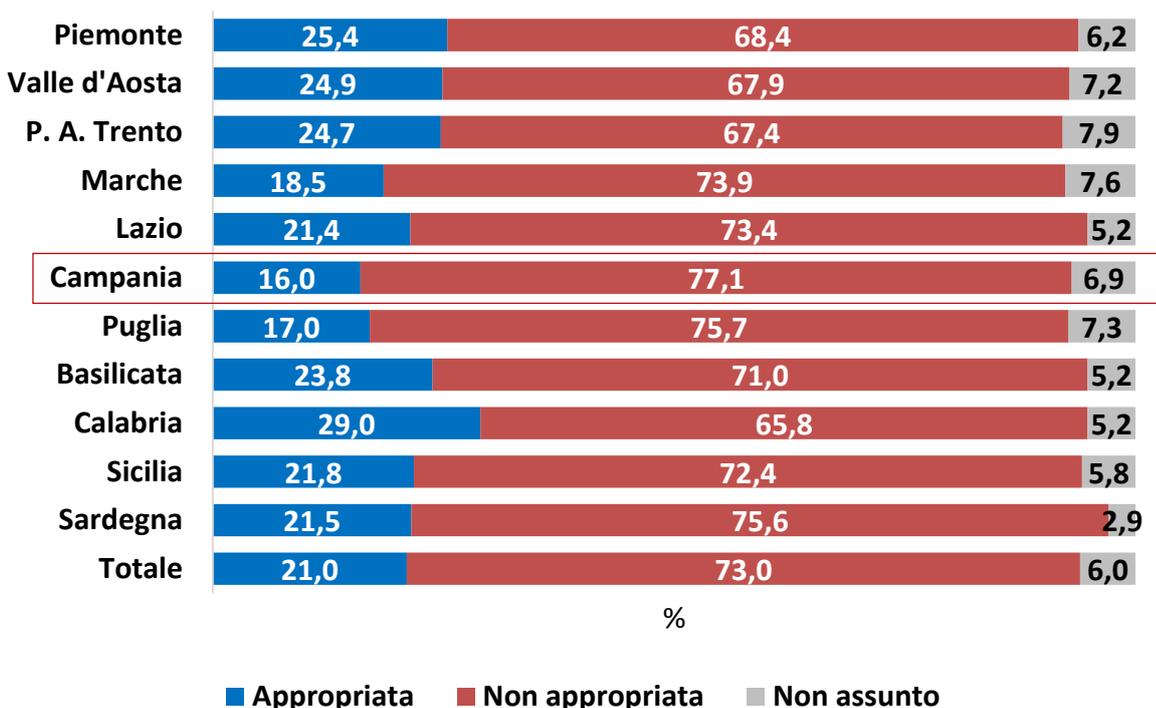
Assunzione di acido folico

La salute e il benessere del bambino dipendono anche dai comportamenti dei genitori nel periodo periconcezionale. L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico (vitamina B9) da quando la coppia comincia a pensare a una gravidanza fino alla fine del terzo mese di gestazione, protegge il bambino da gravi malformazioni congenite come i difetti di chiusura del tubo neurale (es. spina bifida, anencefalia).

Quante mamme hanno assunto l'acido folico in occasione della gravidanza? (*)

In Campania, come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, oltre il 90% delle mamme ha assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto una quota contenuta di esse lo ha fatto in maniera appropriata per la prevenzione delle malformazioni congenite. In particolare il 93,1% delle mamme della Regione ha assunto acido folico, ma la grande maggioranza di esse lo ha fatto in maniera inappropriata, prevalentemente a gravidanza iniziata. In Campania l'assunzione appropriata, a partire da prima del concepimento, ha interessato soltanto il 16,0% delle mamme (la media, calcolata sul totale delle mamme nelle 11 regioni partecipanti alla Sorveglianza, risulta pari al 21,0%).

Figura 1. Assunzione di acido folico

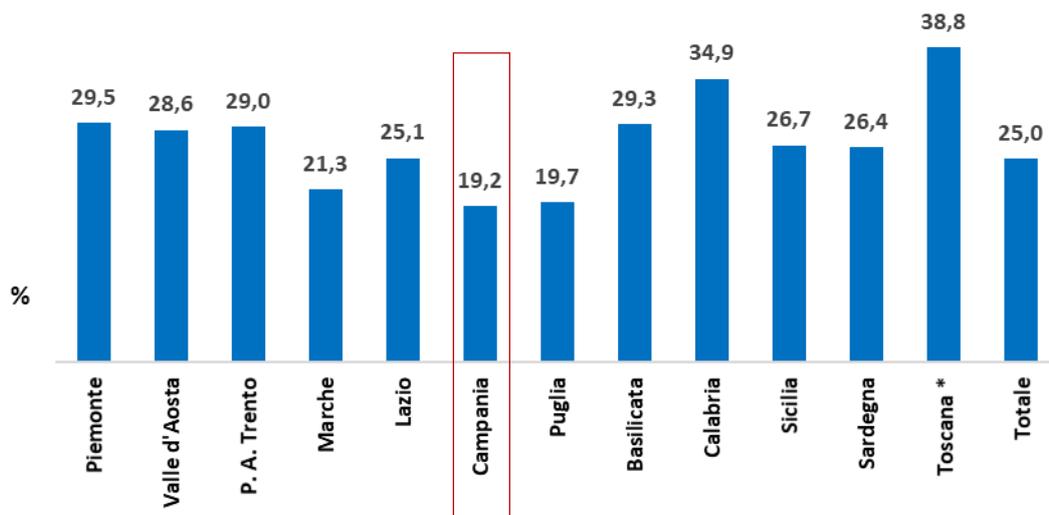


(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

Come cambia l'assunzione appropriata di acido folico tra le mamme che hanno programmato la gravidanza?

Se si considerano soltanto le mamme che hanno riferito di aver programmato la gravidanza o comunque di non essersi attivate per evitarla (pari al 70,2%), la quota che ha assunto acido folico in maniera appropriata aumenta di poco risultando pari al 19,2% (valore che si discosta in maniera statisticamente significativa dalla media del 25,0% rilevata nelle 11 regioni).

Figura 2. Assunzione appropriata di acido folico – Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza



*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

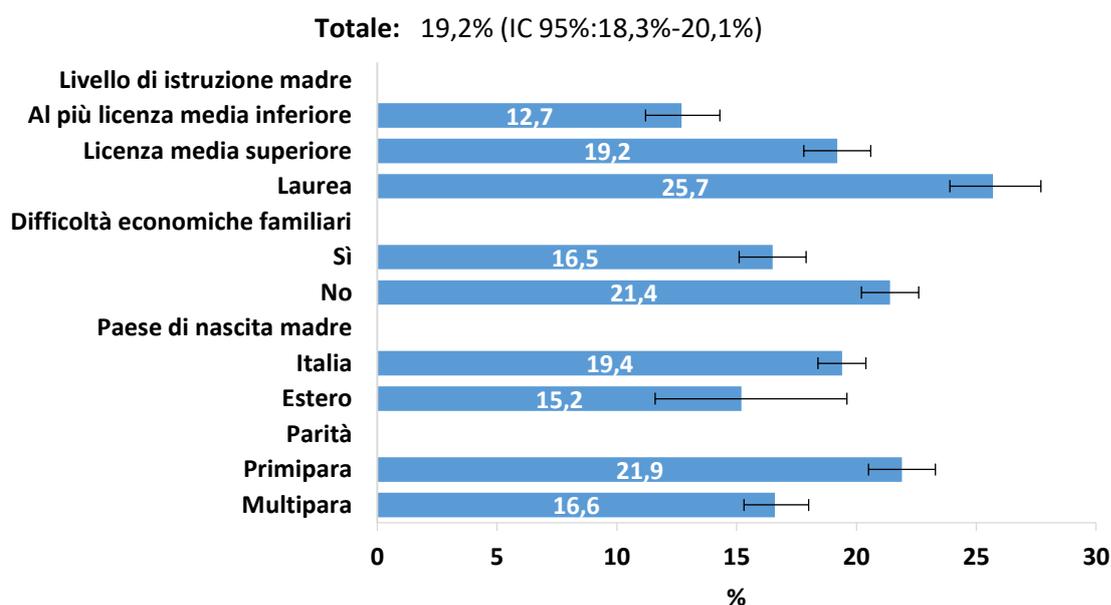
(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

Assunzione appropriata di acido folico: differenze socio-economiche

Tra le mamme della Regione che hanno dichiarato di aver programmato o comunque non escluso la possibilità di una gravidanza, l'assunzione appropriata di acido folico è risultata significativamente meno frequente tra:

- le meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le multipare.

Figura 3. Assunzione appropriata di acido folico per variabili socio-economiche – Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza – Campania



L'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna) ha rilevato associazioni statisticamente significative dell'assunzione periconcezionale di acido folico con il livello di istruzione, la presenza/assenza di difficoltà economiche e la parità, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Campania è risultata contenuta la quota di mamme che ha assunto acido folico in maniera appropriata in occasione della gravidanza. Inoltre nella Regione la quota è risultata significativamente più bassa rispetto a quella media registrata nelle 11 regioni: meno di una mamma su 5 (19,2%) ha dichiarato di aver assunto l'acido folico efficacemente tra quelle che hanno programmato o non escluso la gravidanza. I risultati confermano dunque l'urgenza di informare le donne sui vantaggi derivanti dall'assunzione appropriata di acido folico in epoca periconcezionale. Un ruolo importante in questa azione preventiva può essere svolto dai medici di medicina generale, oltre che da ginecologi e ostetriche.

Consumo di tabacco

Fumare in gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale, morte improvvisa in culla (SIDS), affezioni broncopolmonari, deficit mentali e comportamentali. I bambini esposti a fumo passivo hanno un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma.

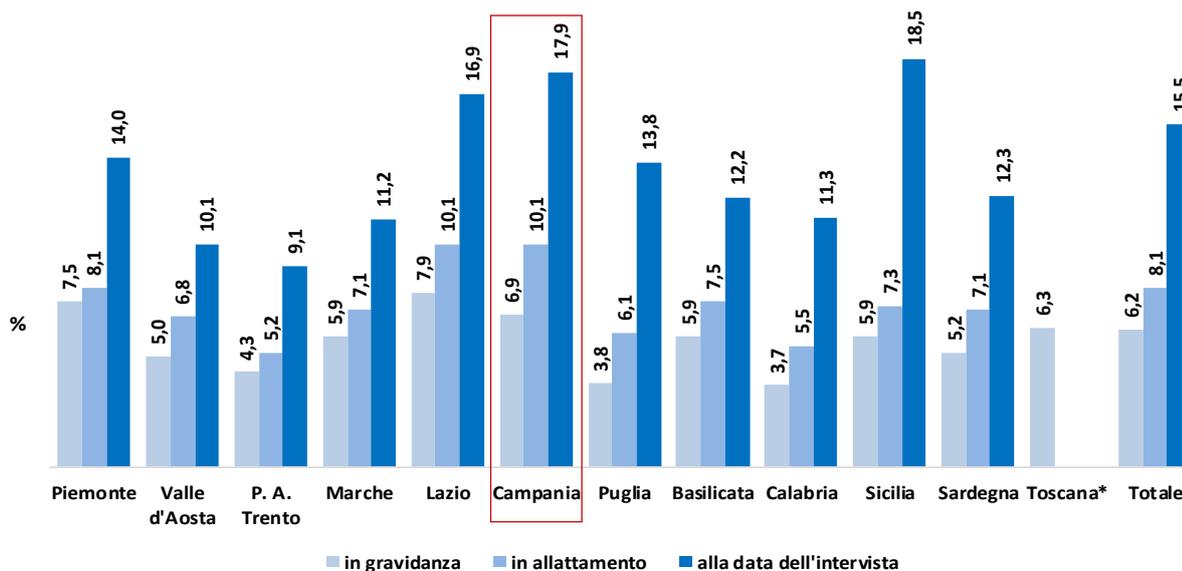
Quante mamme hanno fumato durante la gravidanza e l'allattamento?

In Campania il 6,9% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza (valore sovrapponibile alla media del 6,2% rilevata nelle 11 regioni).

La quota di fumatrici alla data dell'intervista è risultata pari al 17,9% (contro una media del 15,5%). Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando le fumatrici sono risultate pari al 10,1% (contro una media dell'8,1%), valore poco distante da quello osservato in gravidanza.

Il consumo di tabacco alla data dell'intervista nella Regione è risultato significativamente più diffuso rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia per il totale delle mamme sia per le sole mamme che stavano allattando.

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



*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

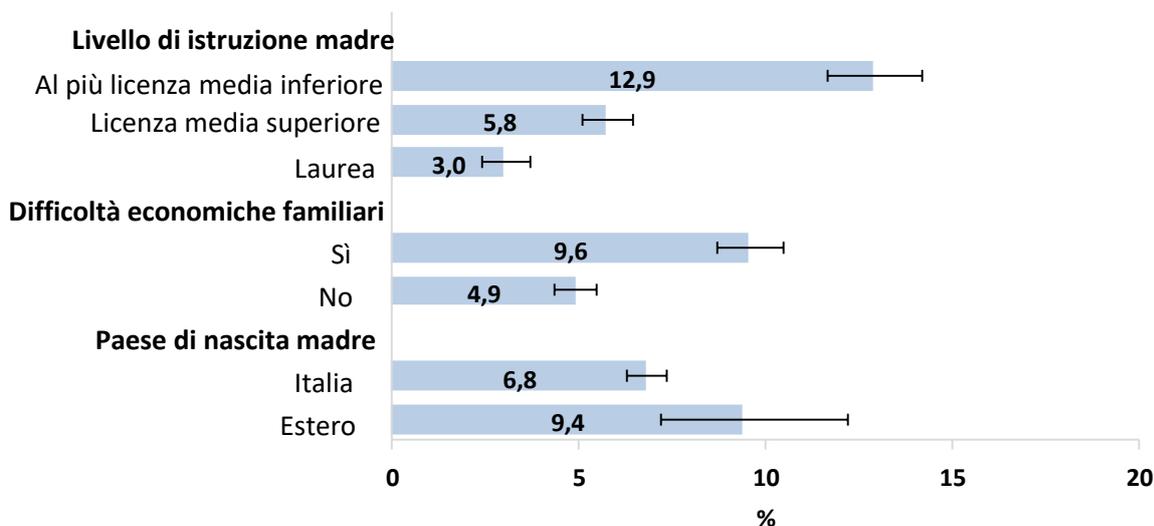
Consumo di tabacco in gravidanza: differenze socio-economiche

Analizzando il consumo di tabacco in gravidanza nella Regione, questo è risultato significativamente più diffuso tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche.
- le mamme nate all'estero.

Figura 5. Mamme fumatrici in gravidanza per variabili socio-economiche – Campania

Totale: 6,9% (IC 95%:6,4%-7,4%)

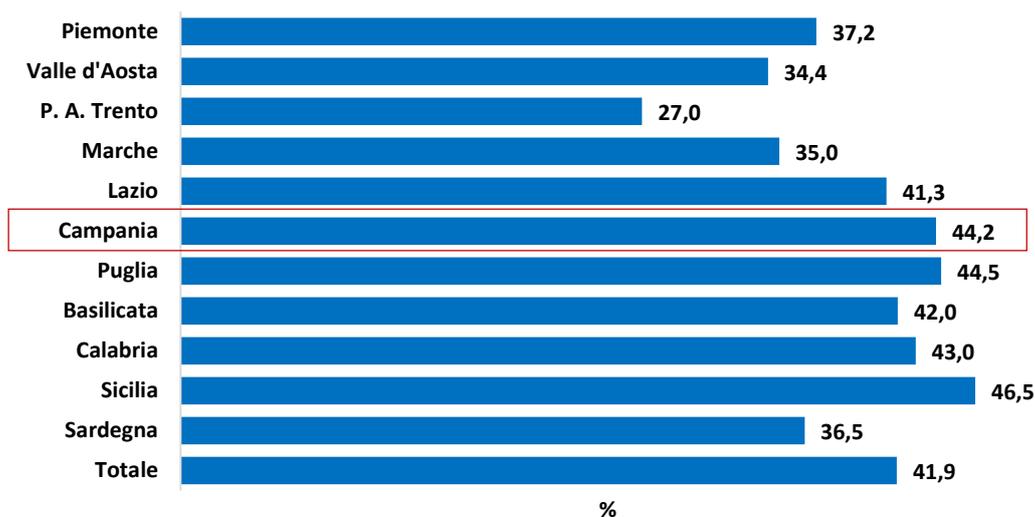


Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni del fumo in gravidanza con il livello di istruzione e la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività dell'associazione con il Paese di nascita emersa dalle prevalenze.

Quanti bambini sono esposti al fumo passivo?

Alla data dell'intervista la percentuale di bambini della Regione con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore è risultata pari al 44,2% (a fronte del 41,9% sul totale dei bambini nelle 11 regioni).

Figura 6. Bambini con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore alla data dell'intervista



La quota di bambini potenzialmente esposti a fumo passivo scende al 32,3% se almeno uno dei due genitori risulta laureato, mentre sale al 57,3% se entrambi presentano al più la licenza media inferiore.

Conclusioni

I risultati confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta alle donne sul rischio rappresentato dal fumo in gravidanza e in allattamento. In particolare in Campania la quota di mamme fumatrici durante l'allattamento, pari al 10,1%, è risultata significativamente più elevata rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni. Risulta inoltre necessario continuare a sensibilizzare la popolazione sul pericolo dell'esposizione dei bambini al fumo passivo (per il 44,2% dei bambini della Regione è stata rilevata la presenza di almeno un genitore o altro convivente fumatore).

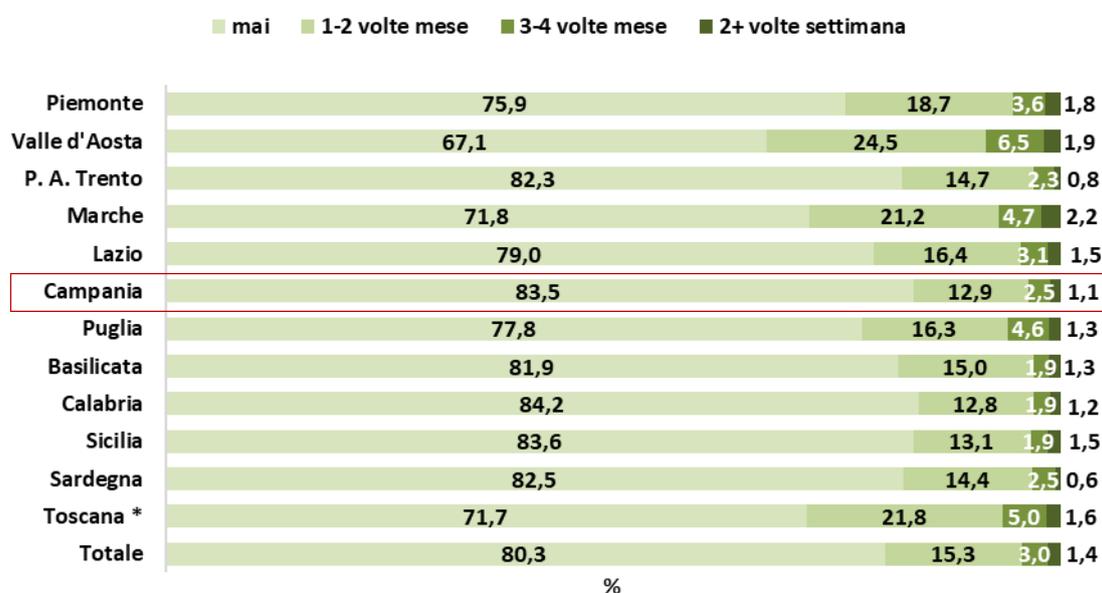
Consumo di bevande alcoliche

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può causare un'ampia gamma di danni al feto e alla salute del bambino che comprendono lo spettro dei disordini feto-alcolici (FASD), l'aborto spontaneo, il parto pretermine, il basso peso alla nascita, alcune malformazioni congenite, la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) e alcune difficoltà cognitive e relazionali.

Quante mamme hanno assunto alcol durante la gravidanza e l'allattamento?

In Campania il 16,5% delle mamme ha consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza (valore significativamente inferiore alla media del 19,7% nelle 11 regioni partecipanti alla Sorveglianza). La percentuale si riduce se si considerano soltanto le frequenze di consumo più elevate: il 2,5% ha dichiarato di aver assunto alcol 3-4 volte al mese e l'1,1% due o più volte a settimana (contro rispettivamente il 3,0% e l'1,4% nel campione complessivo).

Figura 7. Consumo di bevande alcoliche in gravidanza

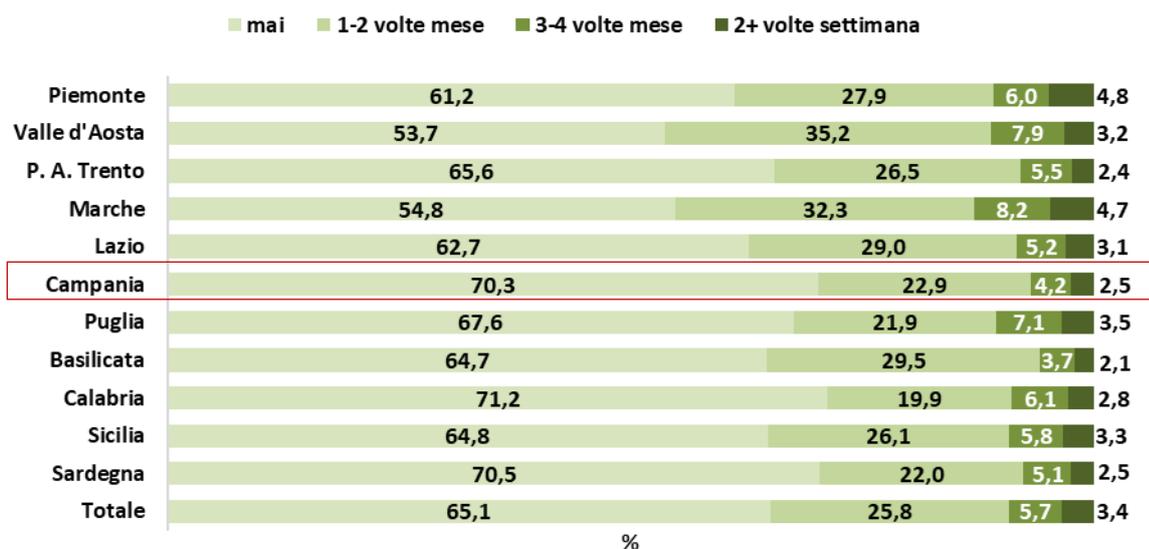


*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

Episodi di binge drinking (consumo di almeno 4 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione) durante la gravidanza 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).

Il consumo di alcol in allattamento, come osservato anche nelle altre regioni, è risultato più diffuso che in gravidanza. Il 29,6% delle mamme che alla data dell'intervista allattavano ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte nel corso del mese precedente (valore significativamente inferiore rispetto alla media del 34,9% nelle 11 regioni). Considerando le frequenze di consumo più elevate, il 4,2% ha dichiarato di aver consumato alcol 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista e il 2,5% due o più volte a settimana nello stesso intervallo temporale (contro rispettivamente il 5,7% e il 3,4% nel pool di regioni partecipanti alla Sorveglianza).

Figura 8. Consumo di bevande alcoliche in allattamento

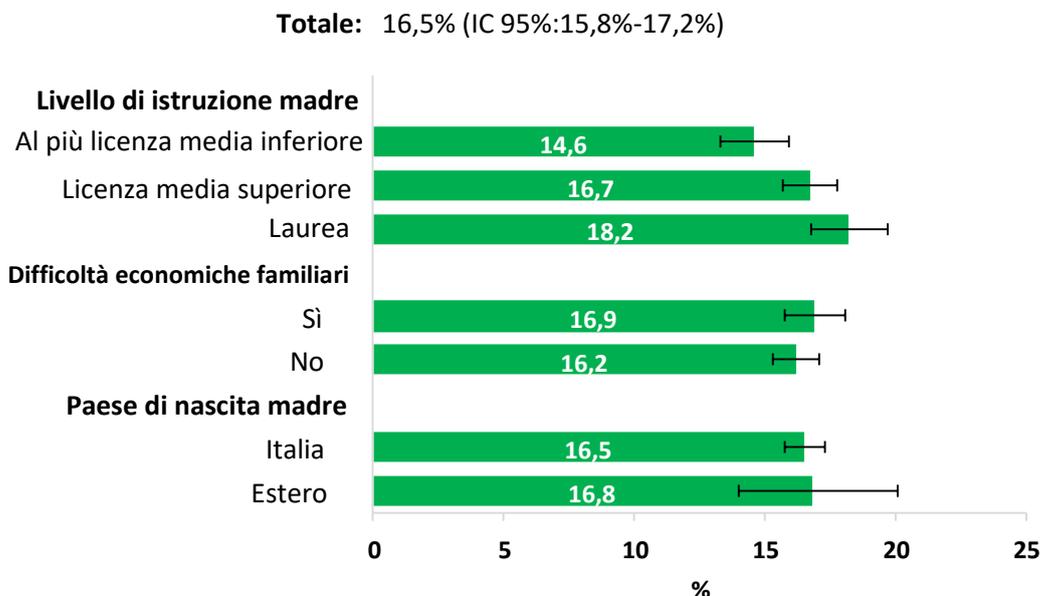


Consumo di bevande alcoliche in gravidanza: differenze socio-economiche

Analizzando il consumo di bevande alcoliche in gravidanza (con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) nella Regione, questo è risultato significativamente più diffuso tra:

- le mamme più istruite.

Figura 9. Mamme che hanno consumato alcol in gravidanza con periodicità di almeno 1-2 volte al mese per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) è risultata statisticamente significativa l'associazione del consumo di alcol in gravidanza con il livello di istruzione, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. È stata inoltre rilevata una associazione statisticamente significativa, non emersa dalle prevalenze, con la presenza/assenza di difficoltà economiche, che vede

una maggiore occorrenza del consumo di bevande alcoliche in gravidanza tra le mamme che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese.

Conclusioni

Come nelle altre regioni partecipanti alla Sorveglianza, le quote di mamme che in Campania hanno assunto alcol durante la gravidanza (pari al 16,5%, con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) e tra le allattanti (pari al 29,6%, con una frequenza di almeno 1-2 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista), seppur significativamente inferiori rispetto alle quote rilevate nel pool di regioni, confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta alle donne e ai loro partner sul rischio per la salute dei bambini.

Allattamento

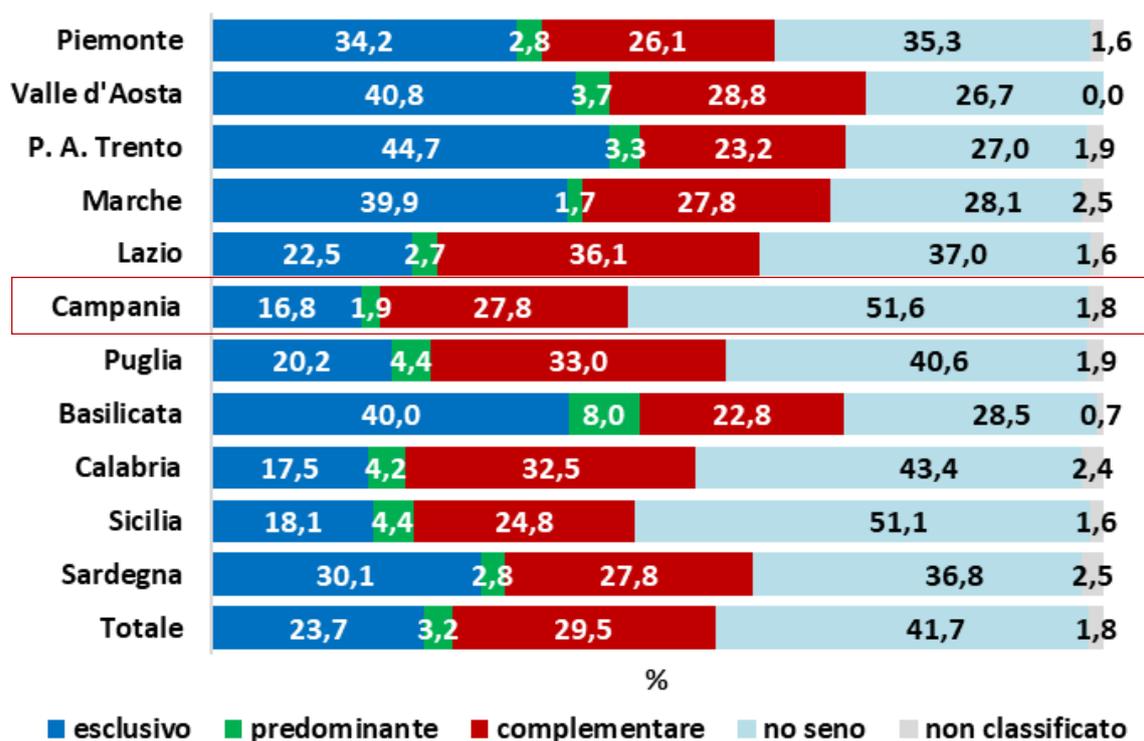
Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ampiamente documentate. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se desiderato dalla mamma e dal bambino), introducendo gradualmente cibi complementari.

Quanti bambini vengono allattati in maniera esclusiva nei primi mesi di vita? (*)

In Campania la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 16,8% (valore significativamente inferiore alla media del 23,7% rilevata nelle 11 regioni), mentre un 51,6% non riceveva latte materno. Quest'ultima quota include sia i bambini che hanno smesso di assumere latte materno sia quelli che non l'hanno mai ricevuto.

La fascia 4-5 mesi, suggerita anche dall'OMS per una stima approssimata dell'allattamento esclusivo fino a 6 mesi, è risultata più adatta per confrontare i dati regionali (che risentirebbero maggiormente dell'effetto della diversa distribuzione per mese di età nelle varie regioni qualora si considerassero tutti i bambini di età inferiore a 6 mesi).

Figura 10. Tipologia di allattamento (Bambini di 4-5 mesi compiuti)

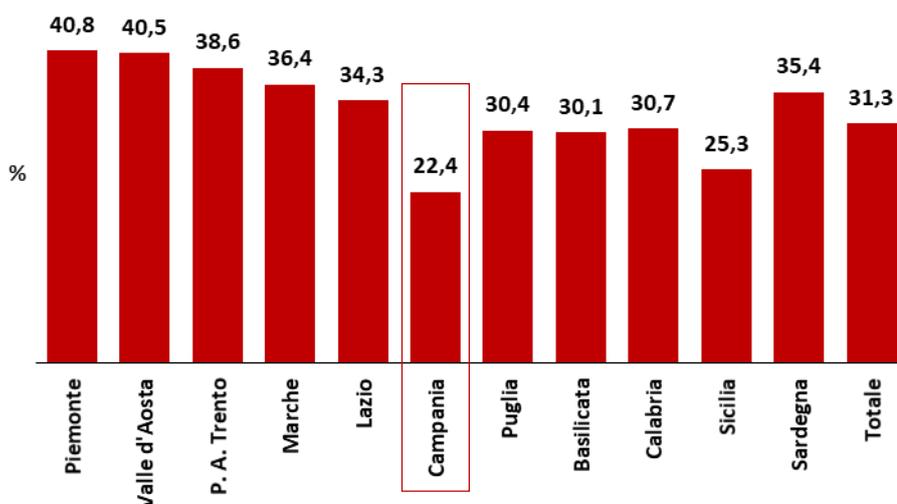


(*) La variabile "Tipologia di allattamento" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

Quanti bambini vengono allattati dopo i primi 12 mesi di vita?

Analizzando il prolungamento dell'allattamento oltre i 12 mesi di vita, la prevalenza di bambini che assume latte materno a 12-15 mesi di età compiuta è risultata pari al 22,4% (discostandosi significativamente dalla media del 31,3%).

Figura 11. Bambini allattati nella fascia d'età 12-15 mesi compiuti



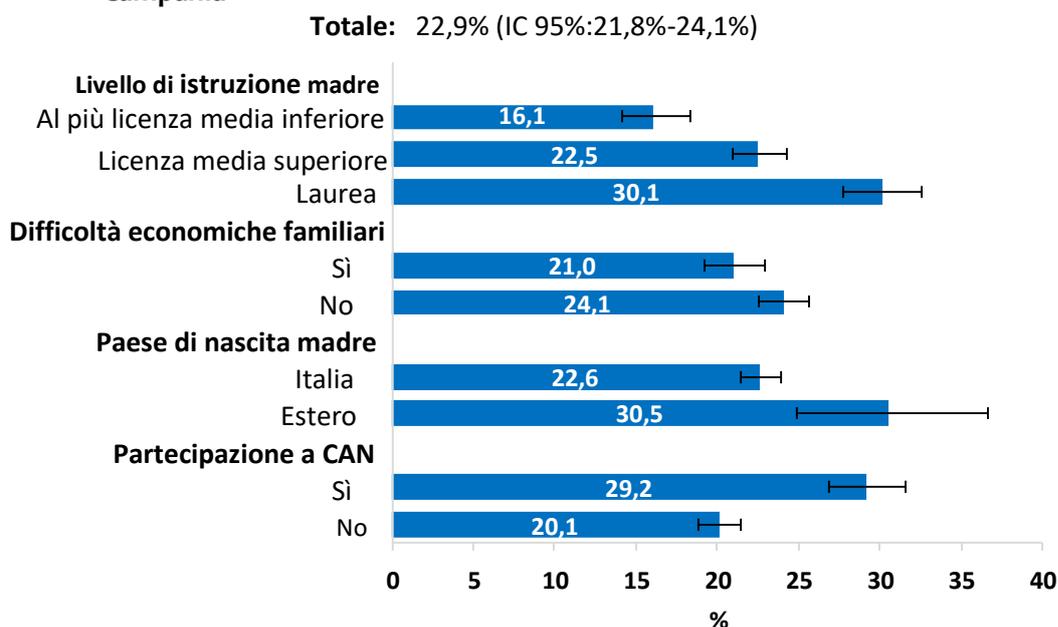
La quota di bambini che non hanno mai ricevuto latte materno è risultata invece pari al 13,3% (le prevalenze variano tra 5,0% e 18,4% nelle 11 regioni).

Allattamento esclusivo: differenze socio-economiche

Le differenze socio-economiche nella diffusione dell'allattamento esclusivo nella Regione sono state analizzate su tutti i bambini di età inferiore a 6 mesi. L'allattamento esclusivo è risultato significativamente meno diffuso tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate in Italia,
- le mamme che non hanno mai seguito un CAN.

Figura 12. Bambini di età inferiore a 6 mesi allattati in maniera esclusiva per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni dell'allattamento esclusivo con il livello di istruzione, il Paese di nascita e la partecipazione a un CAN, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non è stata confermata la significatività dell'associazione con la presenza/assenza di difficoltà economiche emersa dalle prevalenze.

Conclusioni

A fronte delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni internazionali e nazionali a sostegno dell'avvio precoce, dell'esclusività e della durata dell'allattamento materno, i risultati confermano la necessità, in tutte le regioni partecipanti alla Sorveglianza, di una azione continua di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento da avviare prima del concepimento e proseguire fino ai primi anni di vita del bambino. In particolare in Campania, dove le quote rilevate sono risultate anche significativamente più basse rispetto alle medie registrate nelle 11 regioni, soltanto il 16,8% dei bambini nella fascia d'età 4-5 mesi è risultato allattato in maniera esclusiva e poco più di un quinto di quelli tra 12 e 15 mesi (22,4%) assume latte materno.

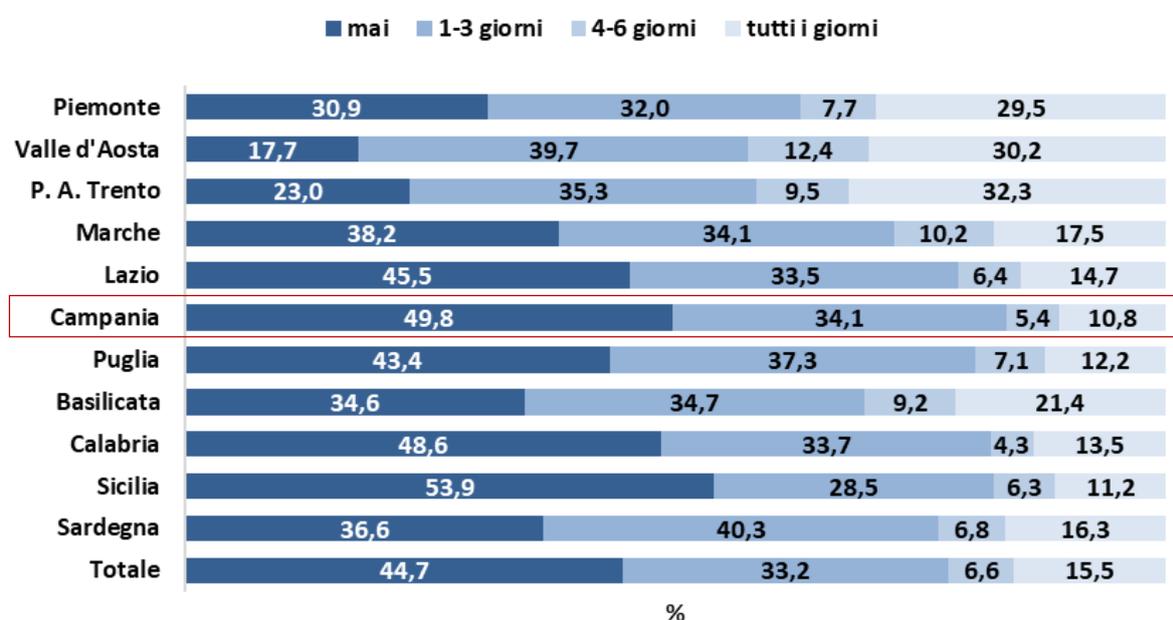
Lettura precoce in famiglia

Leggere regolarmente al bambino già dai primi mesi di vita contribuisce al suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. La pratica della lettura condivisa in età precoce aiuta inoltre a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socio-culturale.

Quanto è diffusa la lettura di libri al bambino?

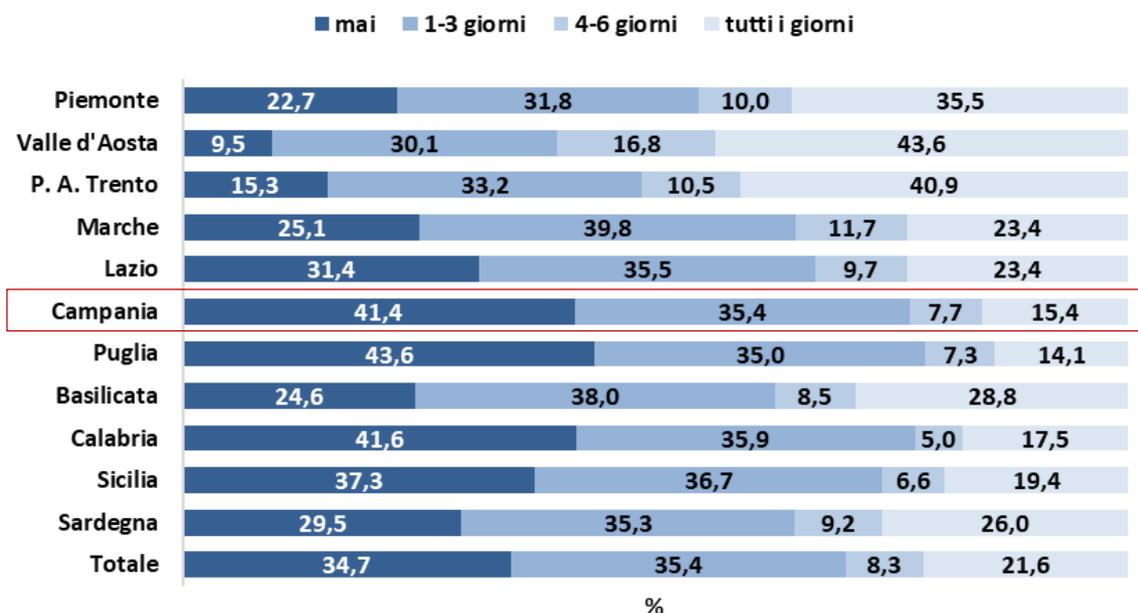
Nella settimana precedente l'intervista in Campania non è mai stato letto un libro al 49,8% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 10,8% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana (le due percentuali risultano pari rispettivamente a 44,7% e 15,5% nel pool di regioni).

Figura 13. Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino nella settimana precedente l'intervista – Bambini di 6-12 mesi



Tra i bambini di età superiore a 12 mesi la quota a cui non sono stati letti libri si riduce al 41,4% (34,7% nel pool di regioni), mentre sale a 15,4% la quota di quelli esposti quotidianamente a lettura (21,6% nel pool di regioni).

Figura 14. Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino nella settimana precedente l'intervista – Bambini di età superiore a 12 mesi



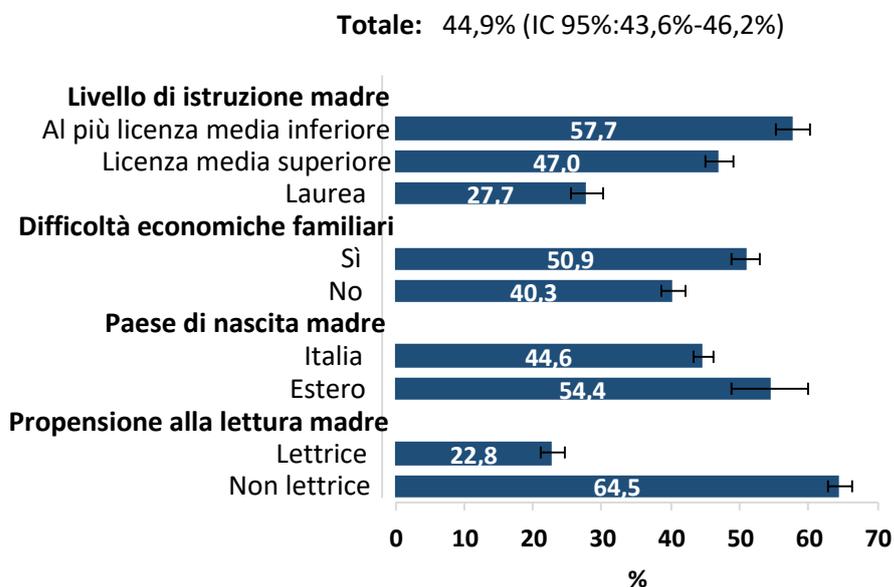
La quota di bambini a cui non sono stati letti libri nella Regione è risultata significativamente superiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia nella fascia di età 6-12 mesi sia sopra i 12 mesi.

Letture precoci: differenze socio-economiche

Analizzando la diffusione della lettura precoce nella Regione, quote significativamente più elevate di bambini di almeno 6 mesi di età a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista sono state rilevate tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate all'estero,
- le mamme non lettrici (nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista non hanno letto libri, se non per motivi strettamente scolastici o professionali).

Figura 15. Bambini di almeno 6 mesi di età a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascun fattore in presenza di tutti gli altri e delle variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni della lettura precoce al bambino con il livello di istruzione, la presenza/assenza di difficoltà economiche e la propensione alla lettura della madre, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività dell'associazione con il Paese di nascita individuata dalle prevalenze.

Conclusioni

In ogni occasione di contatto con gli operatori, i genitori e più in generale tutti gli adulti che si occupano dei bambini dovrebbero essere informati sull'importanza della lettura precoce in famiglia al fine di contribuire a migliorare lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino. In particolare in Campania - dove la lettura precoce è risultata significativamente meno diffusa rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni - sono risultati ancora del tutto esclusi dall'esposizione alla lettura la metà dei bambini tra 6 e 12 mesi e oltre 4 bambini su 10 sopra i 12 mesi. Un ruolo importante in questa azione di promozione della salute, accanto agli operatori dei servizi socio-sanitari, deve essere svolto dagli operatori dei servizi educativi e culturali, a partire dalle biblioteche.

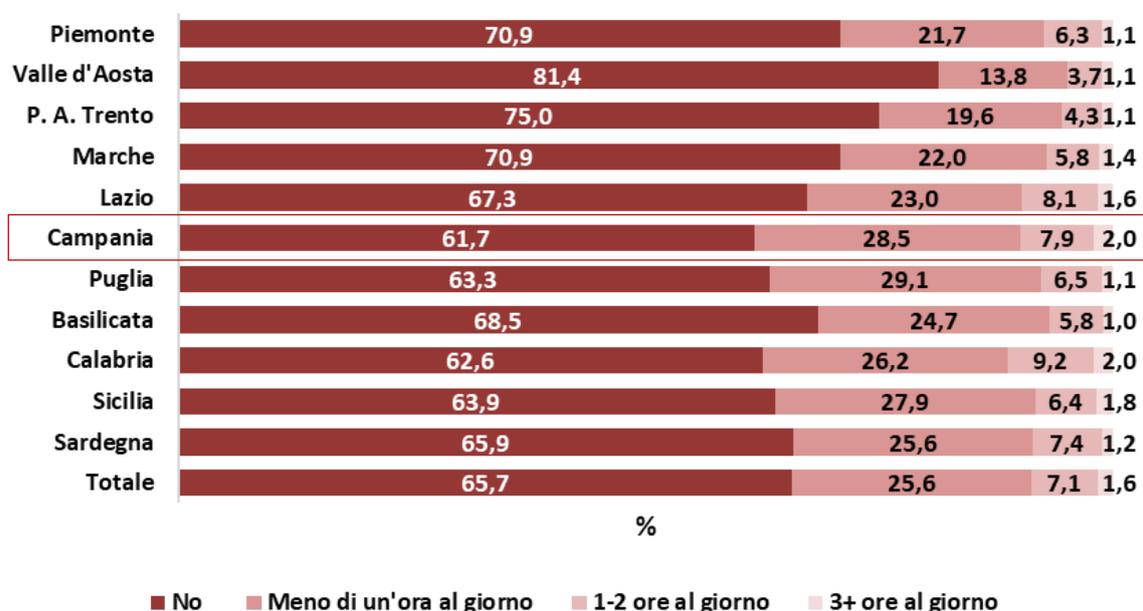
Esposizione a schermi

Le evidenze scientifiche sui rischi per la salute psicofisica dei bambini - disturbi del sonno, emotivi, sociali - derivanti dall'uso eccessivo e/o scorretto delle tecnologie audiovisive e digitali sono in aumento. Viene raccomandato di utilizzare queste tecnologie in presenza di un adulto e di evitarne l'uso tra i bambini al di sotto dei 2 anni di vita.

Quanti bambini vengono esposti a schermi e con che frequenza?

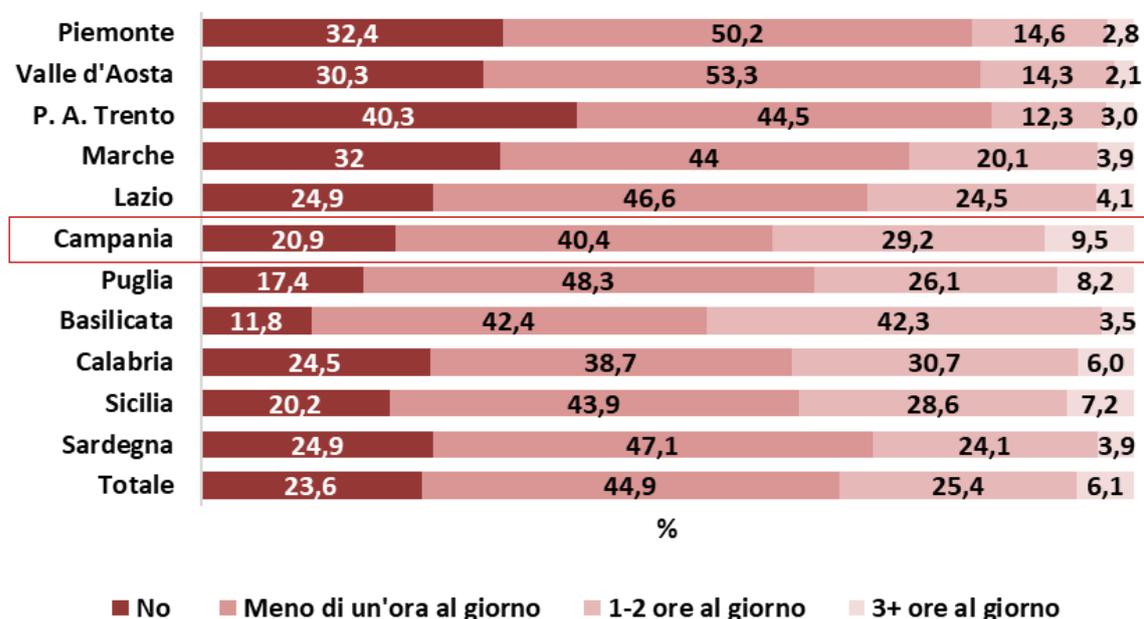
In Campania la quota di bambini posti davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari già nei primi mesi di vita (fino a 6 mesi di età) è risultata pari al 38,3% (a fronte di una media nelle 11 regioni del 34,3%). La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo, ma il 9,9% vi trascorre almeno 1-2 ore (a fronte dell'8,7% nelle 11 regioni).

Figura 16. Frequenza con cui il bambino è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare) – Bambini di età inferiore a 6 mesi



Come nelle restanti regioni i livelli di esposizione crescono tra i bambini più grandi: sopra i 12 mesi la quota che passa almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo raggiunge il 38,7% (31,5% nel pool di regioni), mentre la quota di quelli mai esposti è risultata pari al 20,9% (23,6% nelle 11 regioni).

Figura 17. Frequenza con cui il bambino è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare) – Bambini di età superiore a 12 mesi



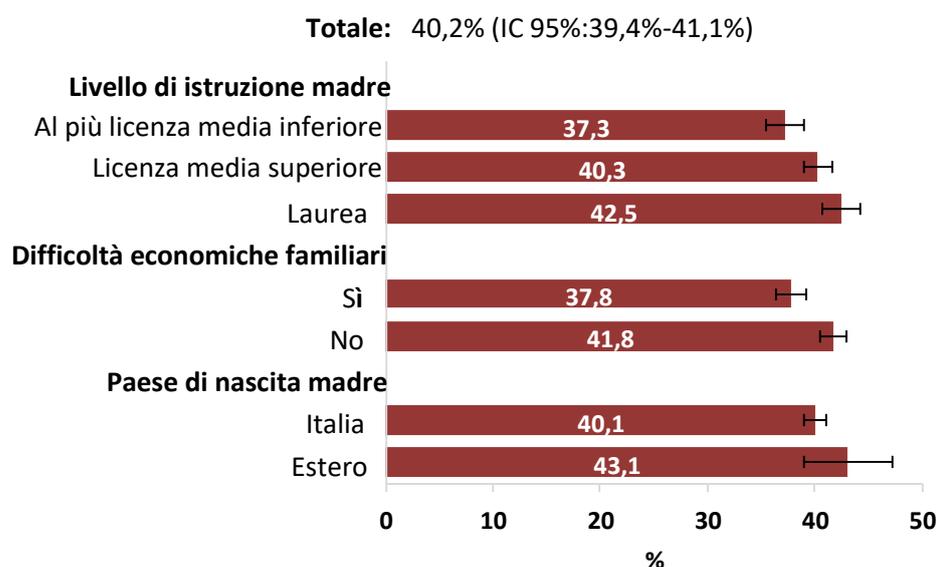
La quota di bambini non esposti a schermi nella Regione è risultata significativamente inferiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia tra i bambini più piccoli sia tra i bambini sopra l'anno di età.

Esposizione a schermi: : differenze socio-economiche

Analizzando la diffusione dell'esposizione a schermi sul totale dei bambini di 0-2 anni nella Regione, quote significativamente più basse di bambini che non vengono mai esposti sono state rilevate tra:

- le mamme meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche.

Figura 18. Bambini non esposti a schermi per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni dell'esposizione a schermi con il livello di istruzione e la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Campania l'esposizione a TV, computer, tablet o cellulari è risultata ampiamente diffusa, interessando quasi 4 bambini su 10 (38,3%) già nei primi mesi di vita (sotto i 6 mesi di età) e quasi 8 su 10 (79,1%) sopra i 12 mesi, con frequenze di esposizione giornaliere crescenti al crescere dell'età. Le quote rilevate sono inoltre risultate significativamente superiori rispetto a quelle medie osservate nelle 11 regioni, evidenziando dunque la necessità di informare i genitori - e più in generale tutti gli adulti che si occupano del bambino - dei rischi derivanti dall'uso delle tecnologie audiovisive e digitali in età precoce. Un ruolo importante in questa azione preventiva può essere svolto dagli operatori socio-sanitari e dagli educatori che hanno frequenti contatti con i genitori e gli adulti di riferimento.

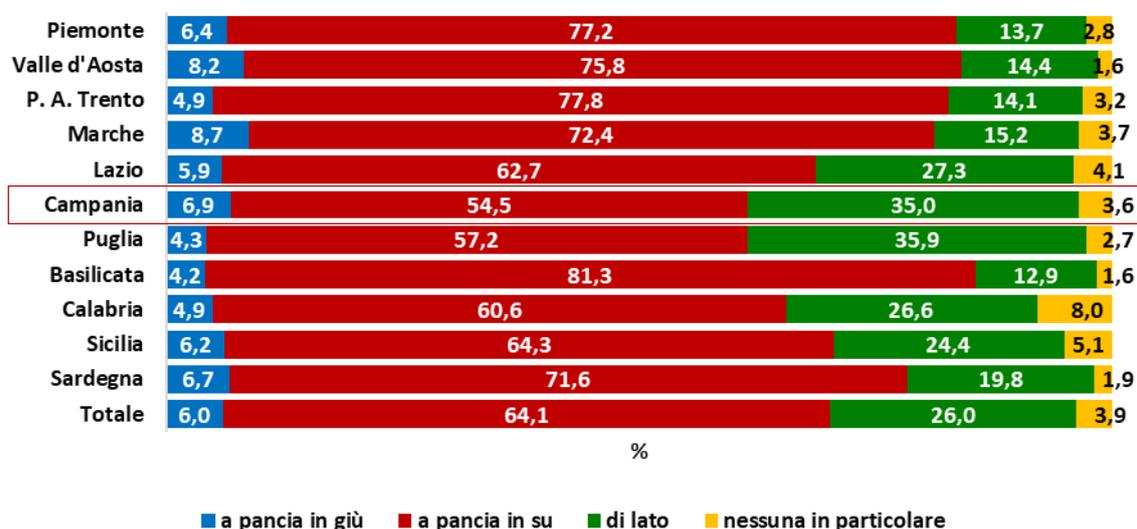
Posizione in culla

Secondo stime recenti la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) si manifesta con un'incidenza di 0,2 casi ogni 1000 nati vivi, rappresentando una delle principali cause di morte post neo-natale. Diversi interventi semplici ed efficaci sono stati individuati dalla ricerca scientifica al fine di ridurre il rischio; tra questi, mettere a dormire il bambino in posizione supina.

Quante mamme mettono a dormire il proprio bambino nella posizione raccomandata?

La maggioranza delle mamme in Campania ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (54,5%, valore significativamente inferiore alla media del 64,1% nelle 11 regioni). Segue, tra le altre posizioni in cui il bambino viene più frequentemente posto in culla, quella di lato, adottata dal 35,0% delle mamme (a fronte di una media del 26,0%).

Figura 19. Posizione in culla (Bambini di età inferiore a 6 mesi)

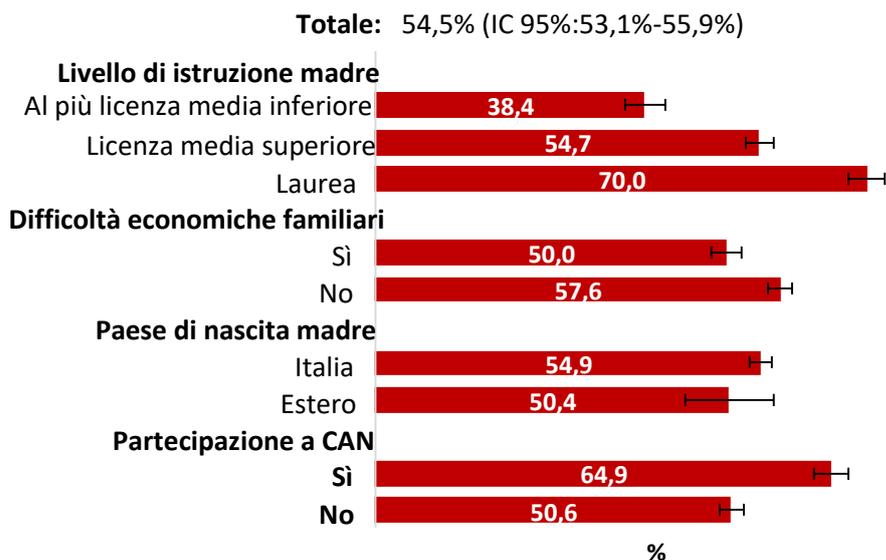


Posizione in culla: differenze socio-economiche

Nella Regione la quota di mamme che posiziona correttamente il bambino in culla è risultata significativamente più bassa tra:

- le meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme che non hanno mai seguito un CAN.

Figura 20. Mamme che posizionano correttamente in culla il bambino per variabili socio-economiche (Bambini di età inferiore a 6 mesi) – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni del posizionamento corretto del bambino in culla con il livello di istruzione, la presenza/assenza di difficoltà economiche e la partecipazione a un CAN, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

I risultati evidenziano la necessità di continuare a informare i genitori nei CAN e subito dopo il parto, avendo cura di eliminare timori infondati sul posizionamento del bambino a pancia in su in culla.

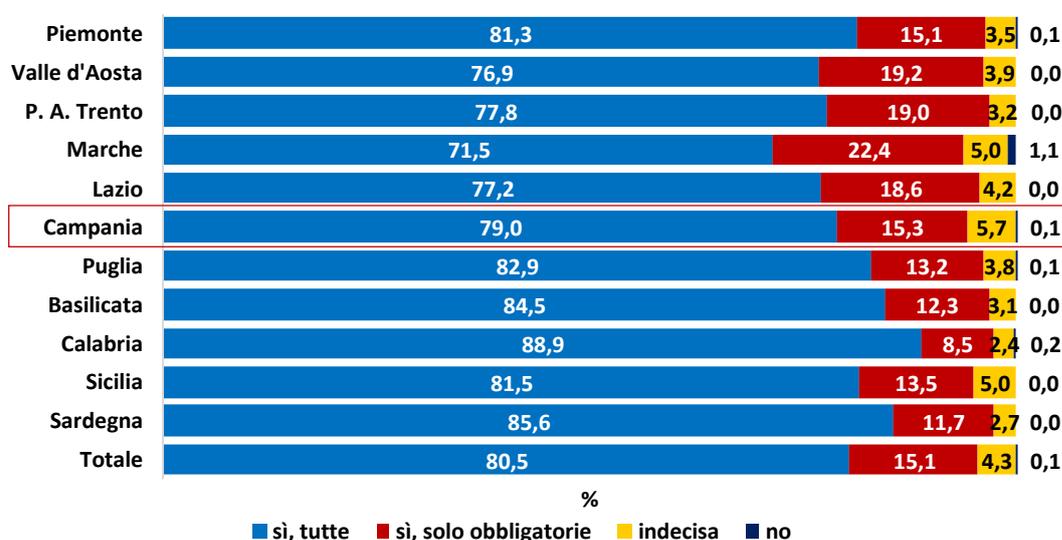
Vaccinazioni

Le vaccinazioni proteggono il bambino dal rischio di contrarre alcune malattie infettive che possono determinare complicanze pericolose. La Sorveglianza rileva le intenzioni delle mamme riguardo ai futuri appuntamenti vaccinali dei loro bambini.

Quali sono le intenzioni delle mamme riguardo alle future vaccinazioni?

Il 79,0% delle mamme in Campania ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future, il 15,3% soltanto quelle obbligatorie (a fronte rispettivamente dell'80,5% e del 15,1% nel pool di regioni). La quota di indecise è risultata pari al 5,7% (contro il 4,3% nelle 11 regioni).

Figura 21. Intenzioni riguardo alle vaccinazioni future



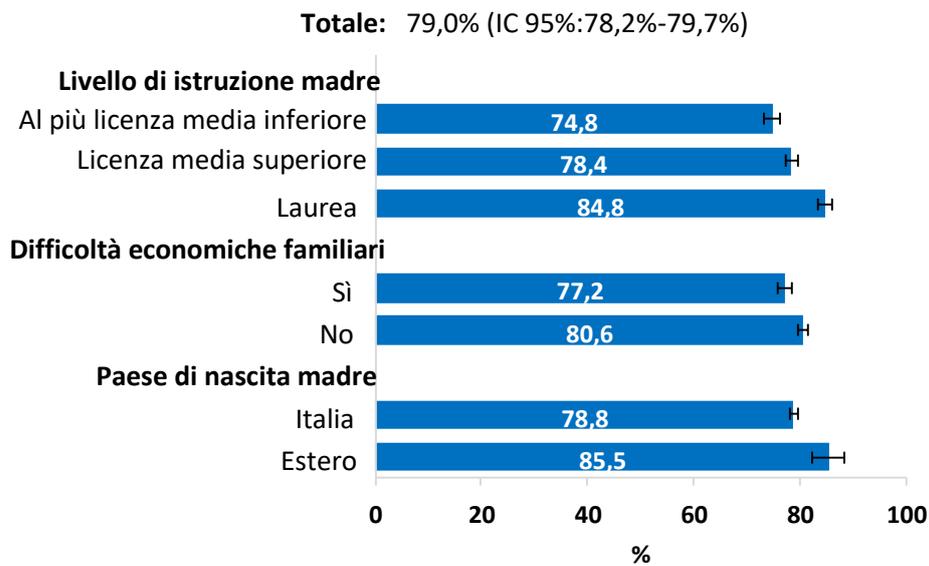
La quota di mamme che intendono effettuare tutte le vaccinazioni future nella Regione è risultata non discostarsi dalla quota rilevata nel pool di regioni, mentre è risultata significativamente più elevata la quota delle indecise.

Intenzioni vaccinali: differenze socio-economiche

La quota di mamme della Regione che ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future è risultata significativamente più bassa tra:

- le meno istruite,
- le mamme che hanno riportato difficoltà economiche,
- le mamme nate in Italia.

Figura 22. Mamme che hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni dell'intenzione di effettuare tutte le vaccinazioni future con le tre variabili, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Tutti i genitori dovrebbero essere adeguatamente informati sui vantaggi e sui rischi dei vaccini e delle malattie che essi possono prevenire in modo da facilitare scelte appropriate e consapevoli.

Incidenti domestici

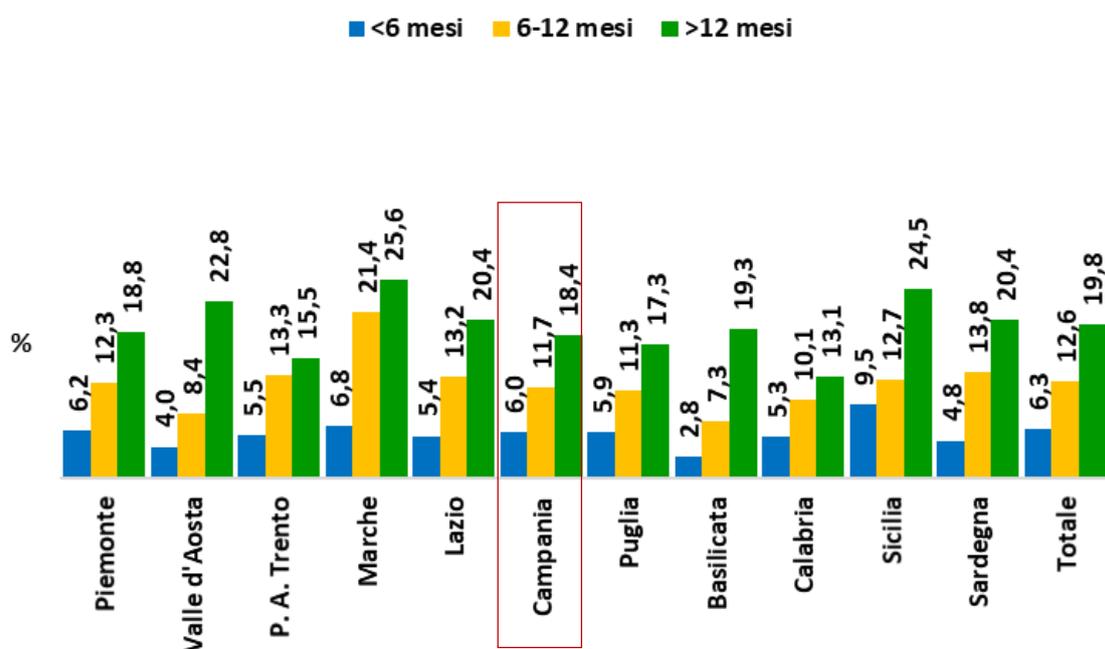
Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta elevato tra i bambini, in particolare nella fascia d'età fino a 5 anni. Tali incidenti possono essere in parte prevenuti attraverso adeguati accorgimenti.

Quante mamme sono ricorse a personale sanitario per un incidente domestico del bambino?

In Campania ha dichiarato di essersi rivolto a un medico (pediatra o altro) e/o al pronto soccorso per un incidente domestico occorso al proprio figlio (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanza nocive, ecc.) il 6,0% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi (a fronte di una media del 6,3% nelle 11 regioni). La prevalenza è risultata pari al 18,4% tra le mamme di bambini sopra l'anno di età (19,8% nel pool di regioni).

Le prevalenze sono risultate sovrapponibili a quelle rilevate nel pool di regioni.

Figura 23. Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per classe di età del bambino

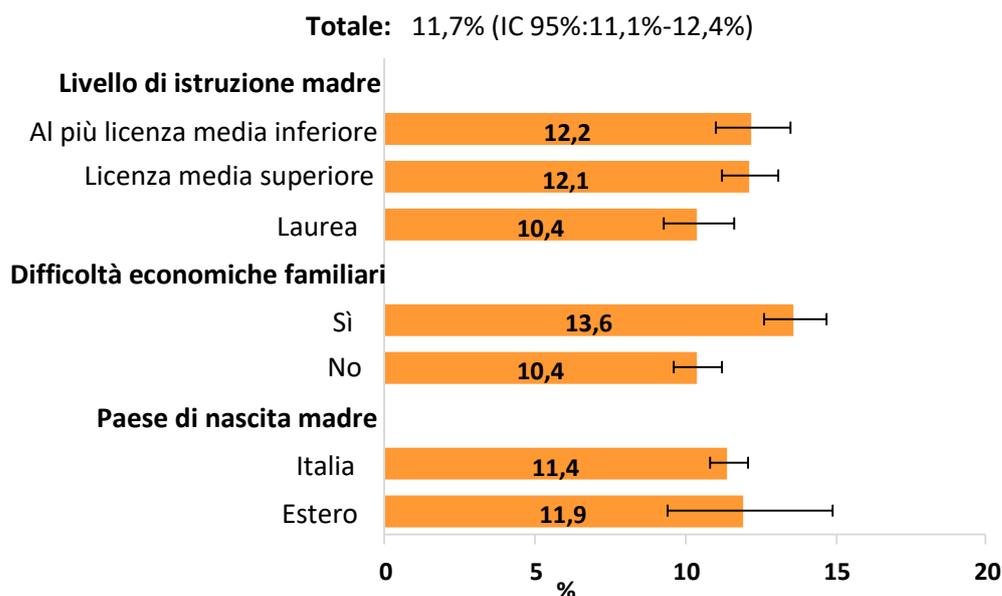


Incidenti domestici: differenze socio-economiche

Considerando il totale delle mamme di bambini di 0-2 anni della Regione, la quota che è ricorsa a personale sanitario per incidenti occorsi al figlio è risultata significativamente più elevata tra:

- quelle che hanno riferito difficoltà economiche.

Figura 24. Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) è stata rilevata una associazione statisticamente significativa tra il ricorso a personale sanitario per incidente del bambino e la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Campania il ricorso a personale sanitario per incidenti occorsi al bambino è risultato non trascurabile, interessando quasi una mamma su 5 (18,4%) nella fascia d'età del bambino sopra i 12 mesi. 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 - e più in generale tutti gli adulti che si occupano del bambino - devono essere informati, così come è necessario che venga raccomandato loro di riorganizzare al meglio l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del bambino.

Uso del seggiolino

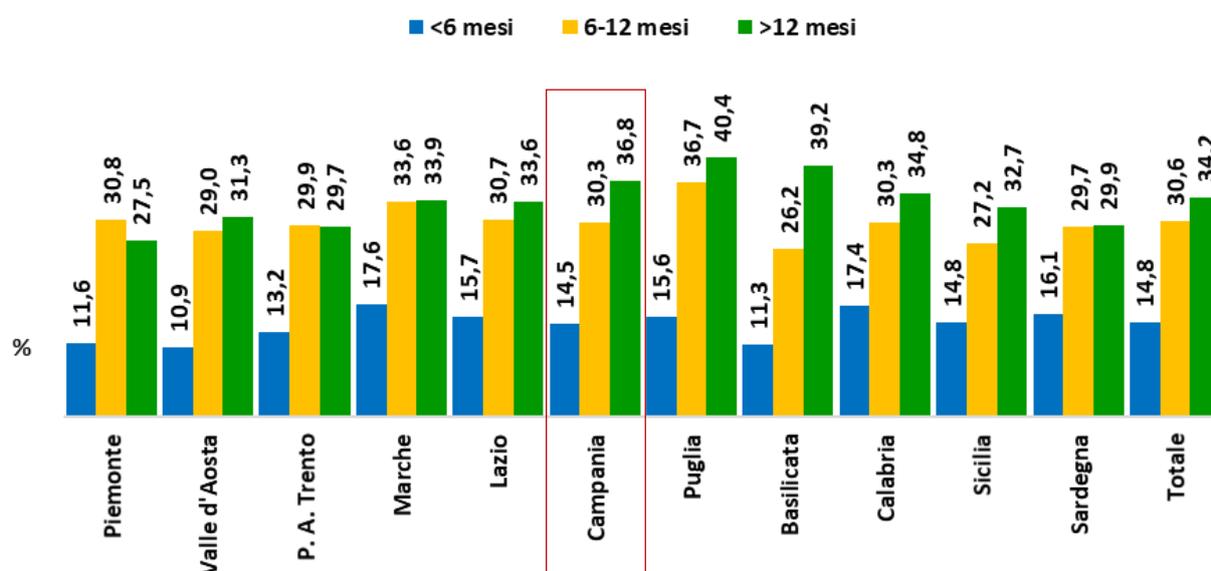
L'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione per il trasporto in auto dei bambini può ridurre sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale.

Quante mamme hanno riportato difficoltà nell'uso del seggiolino in auto?

In Campania il 14,5% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi di età ha riferito di avere difficoltà nel far stare il bambino seduto e allacciato al seggiolino (a fronte di una media del 14,8% nelle 11 regioni). La prevalenza sale al 30,3% tra le mamme di bambini di 6-12 mesi e al 36,8% sopra l'anno di età (rispettivamente 30,6% e 34,2% nel pool di regioni).

Per le mamme dei bambini sopra l'anno di età la prevalenza è risultata significativamente superiore rispetto a quella rilevata nel pool di regioni.

Figura 25. Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per classe di età del bambino

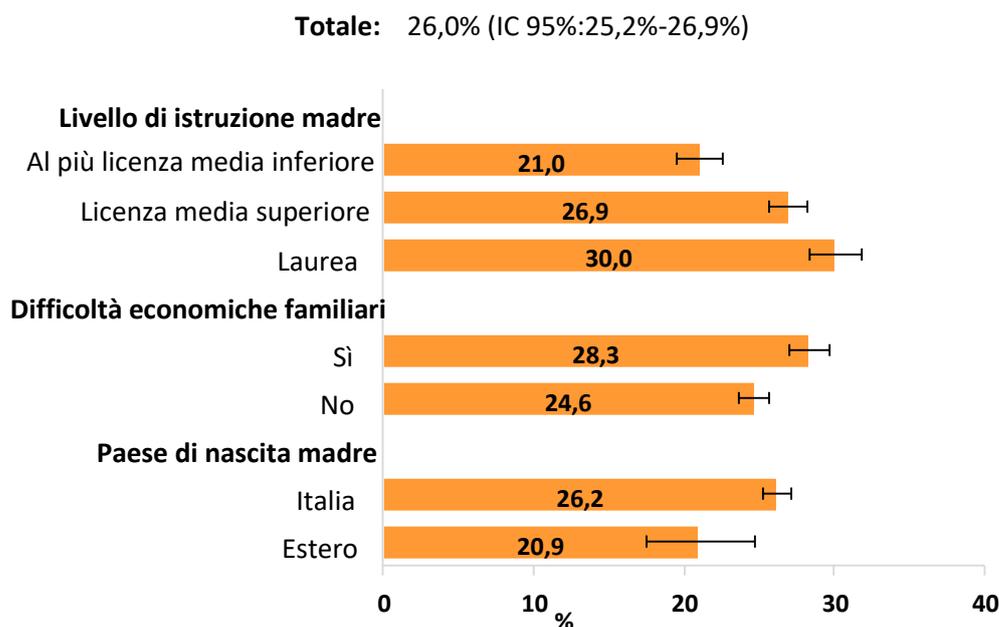


Difficoltà nell'uso del seggiolino: differenze socio-economiche

Analizzando la diffusione delle difficoltà nell'uso del seggiolino sul totale delle mamme di bambini di 0-2 anni nella Regione, quote significativamente più alte di coloro che hanno riferito tali difficoltà sono state rilevate tra:

- le mamme più istruite,
- le mamme che hanno riferito difficoltà economiche,
- le mamme nate in Italia.

Figura 26. Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per variabili socio-economiche – Campania



Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni delle difficoltà nell'uso del seggiolino con le tre variabili, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Campania la quota di mamme che ha riportato difficoltà nell'uso del seggiolino è risultata non trascurabile e crescente all'aumentare dell'età del bambino, arrivando a interessare il 36,8% delle mamme di bambini sopra l'anno di età (quota significativamente superiore alla media rilevata nelle 11 regioni). Risulta dunque evidente la necessità di continuare a informare i genitori - e più in generale tutti gli adulti che si occupano del bambino - sull'importanza dell'uso costante e corretto dei dispositivi di protezione, anche per brevi tragitti, al fine di garantire la sicurezza in auto per i bambini.

CONCLUSIONI GENERALI

La tutela e la promozione della salute materno-infantile sono una priorità di salute pubblica per il Paese. Le evidenze di letteratura concordano nel ritenere che il sano sviluppo psico-fisico dei bambini sia fortemente legato alle opportunità offerte ai piccoli nei primi 1000 giorni. I contesti di vita, influenzati dalla famiglia e dai servizi socio-educativi oltre che dalle differenze territoriali e socio-economiche, giocano un ruolo determinante nel garantire le migliori opportunità di salute per l'età infantile e adulta.

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni rappresenta una risorsa strategica per disporre di dati di 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 1000 giorni di vita.

Facendo proprio l'approccio olistico del Programma GenitoriPiù, la Sorveglianza 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 professionisti che operano nei servizi vaccinali, oltre a garantire la raccolta dei dati attraverso la somministrazione dei questionari, hanno infatti l'opportunità e la responsabilità di offrire informazioni e counselling sui determinanti di salute ai genitori che accompagnano i bambini ad effettuare le vaccinazioni. Gli stessi servizi vaccinali e i pediatri di libera scelta, che rappresentano un riferimento stabile e capillare per la maggior parte dei genitori, si possono avvalere della disponibilità di materiali informativi (brochure e poster) predisposti dalla Sorveglianza per rinforzare la comunicazione sui determinanti di salute in età 0-2 anni. Per raggiungere anche i cittadini stranieri residenti in Italia e superare le barriere linguistiche e culturali, la Sorveglianza cura la traduzione del questionario e dei materiali divulgativi in più lingue.

I risultati di interesse, emersi dall'analisi dei dati raccolti dalla Sorveglianza, sono restituiti ai professionisti che operano nell'intero Percorso 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. I risultati del rapporto descrivono in Campania ambiti di miglioramento che riguardano, con diversa importanza, tutti i determinanti.

Tabelle

Tabella 1 - Assunzione appropriata di acido folico (%) per variabili socio-economiche
– Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	19,2 (18,3-20,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	12,7 (11,2-14,3)
Licenza media superiore	19,2 (17,8-20,6)
Laurea	25,7 (23,9-27,7)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	16,5 (15,1-17,9)
No	21,4 (20,2-22,6)
Paese di nascita madre	
Italia	19,4 (18,4-20,4)
Estero	15,2 (11,6-19,6)
Parità	
Primipara	21,9 (20,5-23,3)
Multipara	16,6 (15,3-18,0)

Tabella 2 - Mamme fumatrici (%) durante la gravidanza per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	6,9 (6,4-7,4)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	12,9 (11,7-14,2)
Licenza media superiore	5,8 (5,1-6,5)
Laurea	3,0 (2,4-3,7)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	9,6 (8,7-10,5)
No	4,9 (4,4-5,5)
Paese di nascita madre	
Italia	6,8 (6,3-7,4)
Estero	9,4 (7,2-12,2)

Tabella 3 - Mamme che hanno consumato alcol con periodicità di almeno 1-2 volte al mese (%) durante la gravidanza per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	16,5 (15,8-17,2)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	14,6 (13,3-15,9)
Licenza media superiore	16,7 (15,7-17,8)
Laurea	18,2 (16,8-19,7)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	16,9 (15,8-18,1)
No	16,2 (15,3-17,1)
Paese di nascita madre	
Italia	16,5 (15,8-17,3)
Eestero	16,8 (14,0-20,1)

Tabella 4- Bambini di età inferiore a 6 mesi allattati in maniera esclusiva (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	22,9 (21,8-24,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	16,1 (14,1-18,3)
Licenza media superiore	22,5 (20,9-24,3)
Laurea	30,1 (27,7-32,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	21,0 (19,2-22,9)
No	24,1 (22,6-25,7)
Paese di nascita madre	
Italia	22,6 (21,4-23,9)
Eestero	30,5 (24,9-36,7)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	29,2 (26,9-31,6)
No	20,1 (18,8-21,5)

(*) In occasione dell'ultima gravidanza o di una precedente

Tabella 5 - Bambini di almeno 6 mesi di età a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	44,9 (43,6-46,2)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	57,7 (55,2-60,2)
Licenza media superiore	47,0 (45,1-49,0)
Laurea	27,7 (25,5-30,1)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	50,9 (48,9-52,9)
No	40,3 (38,6-42,0)
Paese di nascita madre	
Italia	44,6 (43,2-46,1)
Estero	54,4 (48,8-59,8)
Propensione alla lettura madre	
Lettrice (*)	22,8 (21,2-24,5)
Non lettrice	64,5 (62,7-66,3)

(*) Ha letto almeno un libro nei 12 mesi precedenti per motivi non strettamente scolastici o professionali

Tabella 6 - Bambini non esposti a schermi (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	40,2 (39,4-41,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	37,3 (35,5-39,1)
Licenza media superiore	40,3 (39,0-41,7)
Laurea	42,5 (40,7-44,3)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	37,8 (36,4-39,2)
No	41,8 (40,6-43,0)
Paese di nascita madre	
Italia	40,1 (39,1-41,0)
Estero	43,1 (39,1-47,3)

Tabella 7 - Mamme che posizionano correttamente in culla il bambino (%) per variabili socio-economiche (Bambini di età inferiore a 6 mesi)

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	54,5 (53,1-55,9)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	38,4 (35,7-41,2)
Licenza media superiore	54,7 (52,7-56,8)
Laurea	70,0 (67,4-72,4)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	50,0 (47,8-52,2)
No	57,6 (55,8-59,4)
Paese di nascita madre	
Italia	54,9 (53,4-56,4)
Estero	50,4 (44,1-56,7)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	64,9 (62,4-67,4)
No	50,6 (48,9-52,3)

(*) In occasione dell'ultima gravidanza o di una precedente

Tabella 8 - Mamme che hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	79,0 (78,2-79,7)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	74,8 (73,2-76,4)
Licenza media superiore	78,4 (77,3-79,6)
Laurea	84,8 (83,4-86,0)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	77,2 (75,9-78,4)
No	80,6 (79,6-81,6)
Paese di nascita madre	
Italia	78,8 (78,0-79,7)
Estero	85,5 (82,3-88,2)

Tabella 9 - Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	11,7 (11,1-12,4)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	12,2 (11,0-13,5)
Licenza media superiore	12,1 (11,2-13,1)
Laurea	10,4 (9,3-11,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	13,6 (12,6-14,7)
No	10,4 (9,61-11,2)
Paese di nascita madre	
Italia	11,4 (10,8-12,1)
Estero	11,9 (9,4-14,9)

Tabella 10 - Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino (%) per variabili socio-economiche

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	26,0 (25,2-26,9)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	21,0 (19,5-22,6)
Licenza media superiore	26,9 (25,7-28,2)
Laurea	30,0 (28,3-31,8)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	28,3 (27,0-29,7)
No	24,6 (23,6-25,7)
Paese di nascita madre	
Italia	26,2 (25,3-27,2)
Estero	20,9 (17,5-24,7)

MATERIALI BIBLIOGRAFICI

La promozione della salute nei primi 1000 giorni

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332068>,
2. 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, <https://nurturing-care.org/>.
3. World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/improving-early-childhood-development-who-guideline>.
4. World Health Organization. Knowledge Network For Early Child Development Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development, http://www.who.int/social_determinants/resources/e.cd.pdf.
5. Pizzi E, Salvatore MA, Lauria L et al. Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(1): 6-10.
6. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102.
7. Save the Children. Il miglior inizio. Disuguaglianze e opportunità nei primi anni di vita, 2019 <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/il-miglior-inizio-disuguaglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita.pdf>
8. 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.
9. 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.
10. Miniello VL, Diaferio L, Verduci E. I 1.000 giorni che ipotecano il futuro. *Pediatria Preventiva e Sociale* 2016; ANNO XI:1.
11. World Health Organization. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health, 2020, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf.
12. Sidebotham P, Fraser J, Covington T et al. Understanding why children die in high-income countries. *Lancet* 2014, 384 (9946):915-27
13. World Health Organization. Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87084/1/9789241505901_eng.pdf
14. World Health Organization Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, 2013, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
15. WHO Regional Office for Europe Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
16. Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, 2016, <http://www.thelancet.com/series/ECD2016>.
17. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378: 1325–38.
18. Daelmans B, Bòack MM, Lombardi J et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ* 2015;351:h4029.

Assunzione di acido folico

1. Jayarajan R, Natarajan A, Nagamuttu R. Efficacy of Periconceptual High-Dose Folic Acid in Isolated Orofacial Cleft Prevention: A Systematic Review. *Indian J Plast Surg* 2019;52(02):153-159.
2. Øyen N, Olsen SF, Basit S, et al. Association Between Maternal Folic Acid Supplementation and Congenital Heart Defects in Offspring in Birth Cohorts From Denmark and Norway. *J Am Heart Assoc.* 2019;8(6):e011615.

3. Jahanbin A, Shadkam E, Miri HH, Shirazi AS, Abtahi M. Maternal Folic Acid Supplementation and the Risk of Oral Clefts in Offspring. *J Craniofac Surg* 2018;29(6):e534-e541.
4. Mao B, Qiu J, Zhao N, et al. Maternal folic acid supplementation and dietary folate intake and congenital heart defects. Laine K, ed. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187996.
5. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(12).
6. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. WITHDRAWN: Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;13(4):CD001056.
7. EUROCAT. Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe. Special report, 2009, <http://www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-NTD-3rdEd-2009.pdf>
8. ISS <https://www.epicentro.iss.it/acido-folico/documentazione-italia>.
9. Botto LD, Moore CA, Khoury MJ et al. Neural-tube defects. *N Engl J Med* 1999;341(20):1509-19.
10. Czeizel AE, Dudás I, Météneki J. Pregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation. Final report. *Arch Gynecol Obstet* 1994;255(3):131-139.

Consumo di tabacco

1. Soesanti F, Uiterwaal CSPM, Grobbee DE, Hendarto A, Dalmeijer GW, Idris NS. Antenatal exposure to second hand smoke of non-smoking mothers and growth rate of their infants. *PLoS One* 2019;14(6),
2. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, et al. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis* 2019;17.
3. Soneji S, Beltrán-Sánchez H. Association of Maternal Cigarette Smoking and Smoking Cessation With Preterm Birth. *JAMA Netw open* 2019;2(4):e192514
4. Govindarajan P, Spiller HA, Casavant MJ et al. E-Cigarette and Liquid Nicotine Exposures Among Young Children. *Pediatrics* 2018;141(5):e201733613.
5. Pineles BL, Hsu S, Park E and Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol* 2016;184(2):87-97.
6. Cui H, Gong TT, Liu CX, Wu QJ. Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: Evidence from a meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2016;11(1):e0147848-e0147848.
7. Banderali G, Martelli A, Landi M, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med* 2015;13:327.
8. Wong MK, Barra NG, Alfaidy N et al. Adverse effects of perinatal nicotine exposure on reproductive outcomes. *Reproduction* 2015;150(6) R185-R193.
9. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T et al. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:239.
10. 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):807-823.
11. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med* 2013;15(3):115-121.
12. England MC, Benjamin A, Abenham HA. Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol* 2013;30(10):821-826.
13. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2011;127(4):734-741.
14. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et. al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011;377(9760):139-146.
15. Sbrogiò L, Tamburlini G, Allegri F. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita. In Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009; 69-77.
16. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669524>
17. Samet JM, Sockrider M. Secondhand smoke exposure: Effects in children <https://www.uptodate.com/contents/secondhand-smoke-exposure-effects-in-children>
18. Rodriguez D. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate <https://www.uptodate.com/contents/cigarette-and-tobacco-products-in-pregnancy-impact-on-pregnancy-and-the-neonate>

Consumo di bevande alcoliche

1. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Vol 65; 2018.
2. Roozen S, Peters GJY, Kok G, et al. Systematic literature review on which maternal alcohol behaviours are related to fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *BMJ Open* 2018;8(12).
3. Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. Alcohol Use During Pregnancy or Breastfeeding: A National Survey in France. *J Womens Health (Larchmt)* 2017; 26:7.
4. Gupta KK, Gupta VK and Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome—Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40:1594–602.
5. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168–73.
6. 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, http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu%20ALCOL.pdf
7. BMA. Alcohol and Pregnancy - Preventing and Managing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. <https://www.bma.org.uk/what-we-do/population-health/drivers-of-ill-health/alcohol-and-pregnancy-preventing-and-managing-fetal-alcohol-spectrum-disorders>
8. Gupta KK, Gupta VK, Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome—Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40(8):1594-1602.
9. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. *Birth Defects Res Part C - Embryo Today Rev* 2016;108(2):174-180.
10. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Use in Pregnancy. <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html>
11. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114(2):168-173.
12. May PA, Hasken JM, Blankenship J, et al. Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders. *Reprod Toxicol* 2016;63:13-21.
13. Cook JL, Green CR, Lilley CM et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Can Med Assoc J* 2016;188(3):191-197.
14. Roozen S, Black D, Peters G-JY, et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): an Approach to Effective Prevention. *Curr Dev Disord reports* 2016;3(4):229-234.
15. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2016;138(2):e20154256.
16. Pichini S, Palmi I, Zuccaro P, Pacifici R, Tarani L, Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Fumo Alcol e Droga. Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto - alcolici, 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1620_allegato.pdf

Allattamento

1. del Ciampo LA, del Ciampo IRL. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol e Obstet* 2018;40(6):354-359.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10018):587-603.
3. The Lancet. Breastfeeding: Achieving the new normal. *Lancet* 2016;387(10017):404.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.
5. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clin North Am* 2013;60:31–48.
6. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
7. World Health Organization & UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child feeding, 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>
8. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1618_allegato.pdf

9. Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A, Commission E. Alimentazione Dei Lattanti e Dei Bambini Fino a Tre Anni: Raccomandazioni Standard per l'Unione Europea, 2006, <http://www.aicpam.org/wp-content/uploads/2011/07/eupolicy06it.pdf>
10. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506. doi:10.1542/peds.2004-2491.
11. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841
12. Horta BL, Victora CG Long-Term Effects of Breastfeeding. Vol 129. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198630>
13. UNICEF. Standard per Le Buone Pratiche per Gli Ospedali, 2012, https://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFHI_2mag12_1.pdf
14. UNICEF. Infant and young child feeding, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>
15. WHO - World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants, https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
16. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action, 2004 http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
17. 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-il-sostegno-allallattamento-al-seno.htm>.
18. 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 D.C., USA, 2008. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/.

Letture precoci in famiglia

1. Weisleder A, Cates CB, Harding JF et al. Links between Shared Reading and Play, Parent Psychosocial Functioning, and Child Behavior: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *J Pediatr* 2019;213:187-195.e1.
2. Fricke J, Navsaria D, Mahony K. Effectiveness of a Clinic-Based Early Literacy Program in Changing Parent-Child Early Literacy Habits. *WMJ*. 2016;115(6):300-5.
3. Chen P, Rea C, Shaw R, Bottino CJ. Associations between Public Library Use and Reading Aloud among Families with Young Children. *J Pediatr* 2016;173:221-227.e1.
4. Rikin S, Glatt K, Simpson P et al. Factors Associated With Increased Reading Frequency in Children Exposed to Reach Out and Read. *Acad Pediatr* 2015;15(6):651-7.
5. Sloat EA, Letourneau NL, Joschko JR et al. Parent-mediated reading interventions with children up to four years old: a systematic review. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2015;38(1):39-56.
6. Veldhuijzen van Zanten S, Coates C, Hervas-Malo M et al. Newborn literacy program effective in increasing maternal engagement in literacy activities: an observational cohort study. *BMC Pediatr* 2012;12:100.
7. Programma Nati per leggere. <http://www.natiperleggere.it/>
8. Sanders LM, Federico S, Klass P et al. Literacy and Child Health. A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(2):131-40.
9. Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni ACP* 2003;6:42-6.
10. Ronfani L, Biasini G, Sila A. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini. In Speri L, Brunelli M (Ed) *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica 2009. 203-8.
11. Peifer K, Perez L. Effectiveness of a coordinated community effort to promote early literacy behaviors. *Matern Child Health J* 2011;15(6):765-71.
12. Zuckerman B, Augustyn M. Books and reading: evidence-based standard of care whose time has come. *Acad Pediatr* 2011;11(1):11-7.
13. Khandekar AA, Augustyn M, Sanders L et al. Improving early literacy promotion: a quality-improvement project for Reach Out and Read. *Pediatrics* 2011;127(4):e1067-72.
14. Zuckerman B. Promoting early literacy in pediatric practice: twenty years of reach out and read. *Pediatrics* 2009;124(6):1660-5.
15. WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. World Health Organization, 2010 http://www.unicef.org/IYCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf.
16. Casua P. La promozione della lettura in famiglia nel contesto del sostegno alla genitorialità delle competenze che costituiscono la capacità di leggere. *Medico e Bambino* 2002;21:611-5.
17. Causa P, Barberio C. Stili di attaccamento e sviluppo della “emergent literacy”. La lettura congiunta nella

- relazione madre-bambino e nello sviluppo cognitivo. *Medico e Bambino* 2005; 23:483-7
18. Scarborough H, Dobrich W. On the efficacy of reading to preschoolers. *Dev Review* 1994;14:245-302.
 19. Bus A, van Ijzendoorn M, Pellegrini A. Joint book reading makes for success in learning to read: a meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Rev Educational Res* 1995;65:121-31.
 20. Bus A, van Ijzendoorn M. Mothers reading to their 3-years-olds: the role of mother-child attachment security in becoming literate. *Reading Research Quarterly* 1995;30:998-1015.

Esposizione a schermi

1. Attai P, Szabat J, Anzman-Frasca S, Kong KL. Associations between Parental and Child Screen Time and Quality of the Home Environment: A Preliminary Investigation. *Int J Environ Res Public Health* 2020;27;17(17):6207.
2. Chen B, van Dam RM, Tan CS et al. Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public Health*. 2019;19(1):59.
3. Adams EL, Marini ME, Stokes J et al. INSIGHT responsive parenting intervention reduces infant's screen time and television exposure. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018;15(1):24.
4. Assathiany R(1), Guery E(2), Caron FM(3), et al. Children and screens: A survey by French pediatricians. *Arch Pediatr* 2018;25(2):84-88.
5. Anderson DR, Subrahmanyam K; Cognitive Impacts of Digital Media Workgroup. Digital Screen Media and Cognitive Development. *Pediatrics* 2017;140(Suppl 2):S57-S61.
6. Hutton JS, Lin L, Gruber R et al. Shared Reading and Television Across the Perinatal Period in Low-SES Households. *Clin Pediatr (Phila)* 2018;57(8):904-912.
7. Raman S, Guerrero-Duby S, McCullough JL et al Screen Exposure During Daily Routines and a Young Child's Risk for Having Social-Emotional Delay. *Clin Pediatr (Phila)* 2017;56(13):1244-1253.
8. Cheung CH, Bedford R, Saez De Urabain IR et al. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep* 2017;7:46104.
9. Chonchaiya W, Sirachairat C, Vijakhana N et al. Elevated background TV exposure over time increases behavioural scores of 18-month-old toddlers. *Acta Paediatr* 2015;104(10):1039-46.
10. Radesky JS, Christakis DA. Increased Screen Time: Implications for Early Childhood Development and Behavior. *Pediatr Clin North Am* 2016;63(5):827-39.
11. 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.
12. Council on communications and media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5).
13. Tamburlini G, Balbinot V (a cura di). Tecnologie digitali e bambini: indicazioni per un utilizzo consapevole. *Medico e Bambino* 2015;34:31-8.
14. Njoroge FMW, Elenbaas LM, Garrison MM et al, Parental cultural attitudes and beliefs regarding young children and television. *JAMA Pediatr* 2013;167(8):739-45.
15. Council on Communications and Media, Brown A. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128 (5):1040-5.
16. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA et al The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev* 2009;80(5):1350-9,
17. Aydin D, Feychting M, Schüz J, et. al. Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study. *J Natl Cancer Inst* 2011;103(16):1264-76.
18. Gentzkow M, Shapiro M. Does television rot your brain? New evidence from the coleman study. University of Chicago, 2006.
19. Nunez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Emanuel DJ, Gross CP. Media and child and adolescent health: A Systematic Review. Washington, DC: Common Sense Media, 2008.
20. Shonkoff JP, Phillips DA. From Neurons to Neighborhoods: the Science of Early Childhood Development. National Academy of Sciences National Research Council, 2000.

Posizione in culla

1. Horne RSC. Sudden infant death syndrome: current perspectives. *Intern Med J* 2019;49(4):433-438.
2. Maged M, Rizzolo D. Preventing sudden infant death syndrome and other sleep-related infant deaths. *JAAPA* 2018;31(11):25-30.
3. Ahlers-Schmidt CR, Schunn C, Engel M et al. Implementation of a Statewide Program to Promote Safe Sleep, Breastfeeding and Tobacco Cessation to High Risk Pregnant Women. *J Community Health* 2019;44(1):185-191.
4. Carlin RF, Abrams A, Mathews A et al. The Impact of Health Messages on Maternal Decisions About Infant

- Sleep Position: A Randomized Controlled Trial. *J Community Health* 2018;43(5):977-985
5. Goldberg N, Rodriguez-Prado Y, Tillery R et al. Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *Pediatr Ann* 2018;47(3):e118-e123.
 6. Rollins JA. Sharing a Room: Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatr Nurs* 2017;43(1):7, 14.
 7. Zundo K, Richards EA, Ahmed AH, Codington JA. Factors Associated with Parental Compliance with Supine Infant Sleep: An Integrative Review. *Pediatr Nurs* 2017;43(2):83-91.
 8. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. (Policy Statement). *Pediatrics* 2011;128:1030-9.
 9. Rachel Y Moon, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162940.
 10. Ostfeld BM, Esposito L, Perl H et al. Concurrent risks in sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 2010;125(3):447-53
 11. Ronfani L, Buzzetti R. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS). In Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009. 117-125.
 12. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007;370(9598):1578-87 2
 13. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185–191.
 14. European Child Safety Alliance. Child Injury and inequalities. <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/factsheets/child-injury-inequalities.pdf>
 15. Brunelli M, Speri L, D'Ambrosio R et al. Promuovere la sicurezza. In Speri L, Brunelli M (ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica, 2009; p. 137-41.

Vaccinazioni

1. Decreto-legge “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”. Gazzetta Ufficiale del 7 giugno 2017- Serie Generale - n. 130.
2. Ministero della Salute. Vaccinazioni. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_4.jsp?lingua=italiano&area=Vaccinazioni.
3. Istituto Superiore di Sanità. Copertura vaccinale in Italia. http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/dati_Ita.asp
4. Centre for Disease Control and Prevention. Possible Side-effects from Vaccines. www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm.
5. Giovannetti F. Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili, http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/le_domande_difficili_2015.pdf
6. TeamVaxItalia. Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni. https://www.epicentro.iss.it/vaccini/pdf/Carta_ita_promo_vaccinazioni_highres.pdf
7. MacDonald NE. the SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33:4161–4.
8. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, et al. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine* 2016;12:295–301.
9. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* 2014;32:2150–9.
10. Raude J, Fressard L, Gautier A et al. Opening the “Vaccine Hesitancy” black box: how trust in institutions affects French GPs’ vaccination practices. 2016;15:937–48.
11. Liu F, Enanoria WTA, Zipprich J et al. The role of vaccination coverage, individual behaviors, and the public health response in the control of measles epidemics: an agent-based simulation for California. *BMC Public Health* 2015;15:447.
12. Phadke VK, Bednarczyk RA, Salmon DA, Omer SB. Association between vaccine refusal and vaccine-preventable diseases in the United States: a review of measles and pertussis. *JAMA* 2016;315:1149–58.

Incidenti domestici

1. Coppo A, Brigioni P, Faggaino F. La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, 2017 <http://www.evidencebasedprevention.com/temi-ricerca-automatica-letteratura-evidence-based-public-health-efficacia/efficacia-public-health-italia-studi/efficacia-public-health-italia-studi.html>

2. Pearson M, Garside R, Moxham T et al. Preventing unintentional injuries to children in the home: a systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. *Health Promot Int* 2011; 26(3):376-92.
3. Pitidis A, Fondi G, Giustini M et al. Il sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(2):11-16.
4. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L et al. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3.
5. Miah T, Kamat D. Current understanding of the health effects of electromagnetic fields. *Pediatr Ann.* 2017;46(4):e172-e173.
6. Speri L, Brunelli M (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: 2009 https://www.genitoripiu.it/sites/default/files/uploads/documents_doc_genitoripiu_manuale.pdf.
7. INAIL - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (Dipartimento di Medicina Epidemiologia Igiene del Lavoro ed Ambientale). La Salute e La Sicurezza Del Bambino - Quaderni per La Salute e La Sicurezza, 2014 https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_la_salute_e_la_sicurezza_del_bambino.pdf.
8. Ministero della Salute. Bambini e rischio soffocamento, cosa sapere per prevenire. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dossier&id=49
9. Croce Rossa Italiana. Manovre SalvaVita Pediatriche, <https://www.cri.it/manovresalvavitapediatriche>.
10. Ministero della Salute. Dieci regole per tutelare l'incolumità fisica del bambino. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3120&area=sicurezzaGiocattoli&menu=gio_cattoli.
11. Toffol G, Reali L, Todesco L. Inquinamento e Salute Dei Bambini. Cosa c'è Da Sapere, Cosa c'è Da Fare. Il Pensiero Scientifico, 2017.

Sicurezza in auto

1. Polizia di Stato. Bambini in auto: ecco come portarli in modo sicuro. https://www.poliziadistato.it/articolo/171-Bambini_in_auto_ecco_come_portarli_in_modosicuro.
2. ACI - 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>.
3. EuroSAFE - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Injuries in the European Union. Summary of Injury Statistics for the Years 2012-2014. (EuroSafe), 2016.
4. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European Report on Child Injury Prevention. Roma, 2008.
5. Polizia di Stato. Bimbi in auto. Campagna di sensibilizzazione della sicurezza stradale. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?menu=campagne&id=124.
6. ACI - Automobile Club d'Italia. Normative di omologazione. <http://www.aci.it/laci/sicurezza-stradale/sistemi-di-sicurezza-passiva/ritenuta-bambini/normative-di-omologazione.html>.
7. ACI - Automobile Club d'Italia. Regolamento Art. 182. <http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-182-circolazione-dei-velocipedi/regolamento-art-182.html>.
8. ACI - Automobile Club d'Italia. Art. 170. Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote. <http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-170-trasporto-di-persone-e-di-oggetti-sui-veicoli-a-motore-a-due-ruote.html>.
9. Polizia di Stato. Cinture di sicurezza e casco, <https://www.poliziadistato.it/articolo/515>
10. ACI - Automobile Club d'Italia, ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica. Incidenti stradali anno 2019. http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/dati_statistiche/incidenti/Incidenti_stradali_in_Italia_Anno_2019.pdf.
11. Durbin DR, Chen I, Smith R, Elliott MR, Winston FK. Effects of Seating Position and Appropriate Restraint Use on the Risk of Injury to Children in Motor Vehicle Crashes. *Pediatrics.* 2005;115(3):e305-e309.
12. Istituto Superiore di Sanità. La Sorveglianza PASSI - i dati per l'Italia: sicurezza stradale. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaStradale?tab-container-1=tab>.

POSTFAZIONE

Commento dell'Associazione Culturale Pediatri – Sezione Campania

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni rappresenta una fotografia del territorio campano riguardo lo stato di salute dei bambini e delle famiglie « neonate » in regione. Un utile punto di partenza per la realizzazione di interventi comunitari a breve-medio e lungo termine.

Il report conferma la necessità, sostenuta da oramai una mole consolidata di evidenze scientifiche, di acquisire conoscenze, competenze e attitudini per comprendere appieno l'importanza dello sviluppo precoce del bambino e i danni provocati dalla mancanza di opportunità di sviluppare il potenziale di sviluppo nei primi anni. Da questo scaturisce l'importanza e ancor più la necessità di investire maggiormente in salute, nutrizione, educazione precoce, protezione sociale e sicurezza in questo periodo cruciale della vita. Questi investimenti in tale periodo producono ricadute lungo tutto l'arco della vita in termini di salute, competenze cognitive e sociali, percorsi educativi e lavorativi, non solo nel singolo bambino ma nella comunità intera.

Il report sulla Sorveglianza ci consente di comprendere quali sono i fattori che promuovono e quelli che ostacolano i meccanismi dello sviluppo e da dove bisogna partire, con quale grado di intensità, nei diversi territori. Molte evidenze sottolineano il peso dei rischi e delle opportunità, e quindi delle politiche da mettere in campo, per consentire alle famiglie e ai bambini di partire bene nella vita, con le stesse opportunità per tutti.

Nella difficoltà di poter commentare dato per dato, e considerata la necessità di operare una sintesi, crediamo utile fornire delle indicazioni di interventi fattibili considerando che tutti i determinanti analizzati riportano dati piuttosto critici comparati a quelli di altre regioni. Le azioni che riteniamo utile implementare nel breve-medio periodo sono di seguito riportate.

CAPACITY BUILDING : ovvero la necessità di formare gli operatori tutti con una efficace metodologia, con l'obiettivo di acquisire non solo conoscenze, ma skills (abilità) e attitudini (capacità di relazione e di comunicazione con le famiglie e i bambini). Per il raggiungimento di questi obiettivi la formazione non dovrebbe essere per disciplina ma multidisciplinare, interattiva e continua.

FOCALIZZARSI SULLE FAMIGLIE E LE COMUNITA': i problemi come la povertà educativa devono essere resi visibili. Diventa necessaria un'adeguata strategia di comunicazione per creare nelle comunità la consapevolezza dell'importanza di consentire a tutti i bambini di raggiungere il proprio potenziale di sviluppo. Campagne informative con i media, attraverso i pediatri di famiglia, i consultori. Individuare nelle comunità figure di riferimento locali che possano diventare agenti di cambiamento assumendosi la responsabilità di promuovere l'empowerment delle famiglie: genitori, pediatri, altri operatori, figure religiose, volontariato, gruppi di donne...

RIDUZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE: rafforzare le competenze degli operatori al fine di utilizzare le risorse già esistenti. Nello specifico, migliorare la capacità di individuare le famiglie e i bambini a maggior rischio e più vulnerabili per fornire loro un supporto di intensità maggiore attraverso le *Home Visiting*, finalizzate al supporto delle competenze genitoriali e all'individuazione dei fattori biopsicosociali presenti e le risorse delle famiglie per superarli. Rafforzare le competenze e le skills dei pediatri di famiglia e degli operatori dei consultori per lavorare in alleanza con i caregivers per affrontare i fattori di rischio e lavorare nel supporto dei fattori di protezione. Necessità di lavorare con gli altri settori per assicurare un sistema di protezione.

INVESTIRE NELLE BUONE PRATICHE a sostegno delle famiglie, in particolare le più vulnerabili: Implementare le competenze sul territorio degli operatori sociosanitari fornendo loro gli strumenti culturali per interventi mirati; proporre progetti ad hoc per territori e fasce di popolazione disagiate su

cui concentrare poi investimenti istituzionali; promuovere le buone pratiche in qualsiasi contesto possibile, dalle strutture socio-sanitarie, alle scuole, alle associazioni del territorio, offrendo percorsi formativi a laici che possano farsi promotori di buone pratiche nei territori specifici.

INVESTIRE in asili nido di qualità, permettendo a tutti i bambini -e in particolare a coloro che ne hanno maggiore bisogno- di poter accedere.

INVESTIRE in servizi di qualità, biblioteche di pubblica utilità per bambini piccoli, per le famiglie, dove gratuitamente si accede al libro e alla promozione della lettura.

RAFFORZARE I SERVIZI ESISTENTI SUL TERRITORIO: offerta attiva alle future mamme per la frequenza ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita. Offerta attiva dei servizi distrettuali per coloro che vivono situazioni di fragilità: depressione post partum, maltrattamento.

Dr Daniele de Brasi, Pediatra
Responsabile ACP Campania

Dr^{ssa} Stefania Manetti, Pediatra
Coordinamento Nazionale Nati Per Leggere

Commento della Federazione Italiana Medici Pediatri – Sezione Campana

Il report della “Sorveglianza Bambini 0-2 anni” fotografa, con dati rilevati attraverso questionari somministrati alle mamme durante le sedute vaccinali, le abitudini di vita delle giovani famiglie riguardo le pratiche di protezione e di prevenzione dirette a garantire salute, sicurezza e il migliore sviluppo possibile dei propri figli.

La lettura dei dati rappresenta un prerequisito indispensabile per individuare la reale condizione della popolazione infantile da 0 a 2 anni, evidenzia i vulnus comportamentali e assistenziali che vanno colmati attraverso una partecipazione più consapevole degli operatori sanitari in sintonia con le famiglie. Il coinvolgimento della Pediatria di Famiglia è indispensabile, fondamentale e necessario. Infatti, il rapporto fiduciario alla base della relazione professionale crea un'alleanza con la famiglia con un investimento “an deux” sulla educazione alla salute, sulla prevenzione e sullo sviluppo psico-emotivo dei bambini.

La relazione è biunivoca poiché ogni indicazione professionale seguita dalle famiglie, restituisce al pediatra una esperienza unica ma allo stesso tempo universale che arricchisce il suo sapere essere e dà conforto al suo lavoro.

I dati del Report ci mostrano quanto c'è ancora da fare sugli indicatori scelti per migliorare le buone pratiche di salute che dovranno sempre di più diventare patrimonio culturale delle giovani coppie che decidono di avere figli.

Occorre consolidare il counselling con i genitori affinché comprendano quanto siano importanti ed educativi i loro comportamenti e le loro buone pratiche di salute poiché è il modello genitoriale che incide prima e più profondamente di altri sullo sviluppo del bambino.

Gli scenari sanitari attuali hanno mostrato ancora di più quanto siano esili gli equilibri di salute e quanto sia indispensabile che una rete sanitaria globale affronti con determinazione e senza individualismi, personali o nazionali, i nuovi bisogni di salute.

Nuovi indicatori andranno individuati per evidenziare i danni di salute nell'infanzia prodotti da questa emergenza globale in età infantile.

Ringrazio tutti gli operatori che hanno collaborato alla stesura di questo apprezzabile rapporto e confermo il pieno sostegno della pediatria di famiglia della Regione Campania a progetti di empowerment dell'assistenza al mondo dell'infanzia, poiché questo è il nostro compito come gruppo professionale e culturale.

Dott.ssa Giannamaria Vallefucio, Pediatra
Segretario Fimp Regione Campania

Commento della Società Italiana di Pediatria – Sezione Campania

Galileo Galilei affermava “Misura ciò che è misurabile e ciò che non lo è rendilo tale”: è questo, a mio avviso, il risultato di tale pregevole lavoro di rilevazione di indici, che ci illustrano bene alcuni comportamenti riferiti alle gravide ed ai bambini di 0-2 anni della nostra regione. Nel loro complesso questi indici confermano quello che “a naso” già si percepiva.

Il risultato di questo lavoro consentirebbe di indirizzare la politica sanitaria regionale, in quanto i dati raccolti indicano con chiarezza quali dovrebbero essere le aree di intervento; alcune di questa aree sono di competenza ostetrica (ad esempio la somministrazione di acido folico, la prevenzione del fumo in gravidanza), altre d’interesse pediatrico (l’esposizione agli schermi, l’allattamento al seno etc.) altre, infine, sono rilevanti per entrambe le aree (l’uso di alcool in gravidanza ed in allattamento).

Ma tutti gli indici sono di grande importanza per i livelli decisionali, cioè quelli che devono disegnare il futuro sia della sanità che della società civile campana; nel loro complesso definiscono in modo chiaro quanto i ritardi culturali e la povertà siano la principale causa delle differenze sociali che la Campania mostra in misura maggiore rispetto ad altre aree del Paese. E sono proprio tali differenze la causa di comportamenti errati e carenze.

Appare evidente che è necessario seguire meglio, e di più, un gran numero di donne durante la gravidanza, intercettando in particolare quelle a più basso reddito, le donne immigrate, quelle che fanno uso di sostanze stupefacenti e/o alcool, quelle appartenenti a gruppi etnici particolari; insomma tutte quelle che soffrono di un disagio sociale, garantendo loro la possibilità di accedere a prevenzione e cure adeguate ed equa assistenza per il loro neonati

Per ottenere ciò bisogna rafforzare i presidi territoriali, i distretti, i servizi materno infantili, che al contrario dispongono spesso di risorse umane molto ridotte, sia per numero di operatori che per orari disponibili; quelle più carenti sono proprio le figure professionali maggiormente coinvolte nel percorso di accompagnamento al parto, al puerperio ed al primo periodo di vita del neonato (ostetrica, ginecologo, pediatra, neuropsichiatra infantile).

Bisogna coinvolgere maggiormente i MMG ed i PLS, cioè le figure professionali più vicine alle famiglie, che dovrebbero ricoprire un ruolo centrale nella gestione di questi segmenti della vita, soprattutto in assenza di un riferimento per le fasce sociali più disagiate, che per molti motivi, non solo economici, hanno difficoltà a rivolgersi allo specialista.

C’è molto lavoro da fare, e la sezione campana della Società Italiana di Pediatria si rende disponibile, magari in collaborazione con altre Società scientifiche, a mettere in atto iniziative atte a rendere il risultato dell’indagine del “Sistema di Sorveglianza bambini 0-2 anni” una materia viva, un punto di partenza, di ispirazione e di riferimento.

Dr. Giuseppe Parisi, Pediatra
Presidente Società Italiana di Pediatria – Sezione Campania

zer
due