



SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Risultati dell'Indagine 2018-2019

REGIONE MARCHE



Settembre 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:

Marco Morbidoni, Antonella Guidi, Annalisa Cardone, Cristina Mancini

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

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

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

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

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

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

Un ringraziamento particolare a:

- tutte le mamme che hanno aderito all'indagine mostrando sempre grande partecipazione e cortesia;
- la PF Prevenzione e Promozione della Salute in Ambienti di Vita e di Lavoro dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche, Fabio Filippetti, Elisabetta Benedetti, Laura Belardinelli.

Copia del volume può essere richiesta a:

epidemiologia.an@sanita.marche.it oppure a

marco.morbidoni@sanita.marche.it; annalisa.cardone@sanita.marche.it;
antonella.guidi@sanita.marche.it

Sito internet di riferimento della Sorveglianza: <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni>

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

INDICE

PREFAZIONE.....	4
INTRODUZIONE.....	6
METODOLOGIA	7
Caratteristiche del campione	9
Assunzione di acido folico	10
Consumo di tabacco	133
Consumo di bevande alcoliche.....	16
Allattamento	19
Lettura precoce in famiglia.....	22
Esposizione a schermi.....	25
Posizione in culla	28
Vaccinazioni.....	30
Incidenti domestici.....	32
Uso del seggiolino.....	34
CONCLUSIONI GENERALI	36
TABELLE.....	37
MATERIALI BIBLIOGRAFICI	42

PREFAZIONE

L'interesse nella nostra Regione per i temi legati al concepimento, alla gravidanza e alla prima infanzia ha una storia abbastanza lunga; già nel primo Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 erano state sviluppate alcune azioni a tale scopo, riprese successivamente nel secondo piano 2010-2012. E' però con il PRP 2014-2018 (DGR 540/15 e s.m.i) che tra i 12 programmi, ne compare uno specifico denominato 'Bambini DOP', che recupera e amplifica le esperienze già sviluppate negli anni precedenti, con la finalità di promuovere la salute psicofisica perinatale e infantile, tramite percorsi formativi ad hoc, l'integrazione delle competenze specifiche degli operatori coinvolti nel percorso nascita e nei servizi socio-sanitari e in quelli educativi (vedi tabella).

Piano Regionale della Prevenzione	Azioni
2005-2007 prorogato al 2009	Progetto regionale per migliorare l'offerta delle <u>vaccinazioni</u> Sorveglianza e prevenzione degli <u>incidenti domestici e</u> <u>Incidenti stradali</u> Prevenzione dell' <u>obesità</u>
2010-2012 prorogato al 2013	Nella Macroarea 'prevenzione universale' erano presenti almeno due linee progettuali di interesse nella prima infanzia: prevenzione <u>incidenti domestici (0-4 anni)</u> e malattie prevenibili con le <u>vaccinazioni</u> (e introduzione delle vaccinazioni antipneumococcica e antimengococcica)
2014-2018 prorogato al 2019	Programma 1 - Bambini DOP: Denominazione di Origine Protetta con le seguenti LINEE di INTERVENTO: - 1-1 <u>Allattamento al seno</u> : una scelta di salute per la vita 1-3 <u>Mamme libere dal fumo e dall'alcol</u> 1-5 <u>Piccoli in Sicurezza</u> : Prevenzione delle malattie suscettibili di <u>vaccinazione</u> .

Nel Programma 'Bambini DOP' sono quindi presenti, tra le altre, le linee progettuali che fanno riferimento alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni quali la promozione dell'allattamento al seno, mamme libere dal fumo e dall'alcol e casa sicura. Inoltre sempre in questo piano nel Programma dedicato alla Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione sono state realizzate azioni formative e informative per promuovere l'adesione consapevole da parte della popolazione generale alla prevenzione vaccinale attraverso il miglioramento dell'offerta vaccinale stessa.

Il Programma ha realizzato interventi sulla base di metodologie riconosciute efficaci e già sperimentate a livello nazionale e internazionale all'interno di alcuni progetti ai quali la nostra Regione ha partecipato o partecipa come 'Ospedale e Comunità amiche dei bambini – strategia OMS / UNICEF', 'Mamme Libere da fumo e alcol – Progetto Ministero Salute/CCM 2013' e 'Programma Genitori Più'.

Inoltre, e ciò ha indubbiamente svolto un ruolo di pressione positiva, le Marche hanno partecipato con 4 distretti sanitari (tutti i distretti dell'Area Vasta 2) al Progetto CCM "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù", progetto pilota svoltosi nel periodo 2013-2016.

Come già sottolineato in quel contesto uno degli elementi di forza che si ha intenzione di sviluppare ancora è la formazione continua degli operatori, valorizzando il loro ruolo di "educatori e promotori di salute". Inoltre le attività di sorveglianza devono divenire sempre più occasione e strumento di apprendimento per tutti favorendo anche la 'saldatura' tra loro (OKkio alla SALUTE, HBSC, PASSI, Passi d'Argento) e l'occasione di nuove collaborazioni tra i servizi.

Anche per il futuro quindi (prossimo PRP 2020-2025) vi è l'intenzione di riproporre alcuni dei temi affrontati negli anni passati visto anche il principio dell'approccio 'life course' al quale le azioni di prevenzione e promozione della salute dovrebbero adeguarsi. Infatti, agendo precocemente e lungo

tutto il corso della vita, si può favorire la riduzione di alcuni fattori di rischio individuali; in questo senso la logica dei 'primi 1000 giorni', cioè il periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino, è fondamentale per consentire un adeguato sviluppo psico-fisico e intervenire con azioni realizzate in questa finestra temporale.

A chiusura di questa premessa va ricordato che la pandemia di SARS-Cov2 ha notevolmente 'stressato' i servizi, gli operatori e il sistema sanitario nel suo complesso. Tale azione di stress ha fatto emergere le debolezze del sistema ma anche, in alcuni casi, i suoi punti di forza, a volte impensabili in alcune realtà.

È comunque intenzione degli operatori socio-sanitari delle Marche, che a vario titolo sono coinvolti nelle tematiche dei primi 1000 giorni di vita, di proseguire con le attività di promozione della salute rivolte ai bambini piccoli e di supporto alla genitorialità, magari facendo tesoro delle diverse e nuove modalità di lavoro che l'evento pandemico ha imposto.

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 le Marche.

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.

Nelle Marche è stata scelta la rappresentatività regionale; 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 le 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 nelle Marche è stato effettuato da operatori dei CV 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

Nelle Marche sono state intervistate 2.090 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 95,5%.

Il 26,1% delle mamme intervistate ha meno di 30 anni, il 33,0% ha tra 30 e 34 anni e il 40,9% è composto da ultratrentacinquenni. L'età media complessiva è di 33,1 anni.

Il 20,6% delle mamme risulta nato all'estero.

Il 44,9% ha conseguito la licenza media superiore e il 39,1% la laurea.

Il 19,9% non ha un'occupazione, mentre il 40,5% ha dichiarato di avere alcune o molte difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione.

Il 54,8% delle mamme è composto da primipare; il 64,7% 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 nelle Marche

Caratteristiche socio-demografiche	n	%
Età		
≤29 anni	530	26,1
30-34 anni	671	33,0
≥35 anni	832	40,9
Paese di nascita		
Italia	1577	79,4
Estero	410	20,6
Livello di istruzione		
Al più licenza media inferiore	324	16,0
Licenza media superiore	907	44,9
Laurea	790	39,1
Stato occupazionale		
Occupata	1646	80,1
Non occupata	408	19,9
Difficoltà economiche familiari		
Arriva a fine mese molto facilmente	244	12,0
Arriva a fine mese abbastanza facilmente	970	47,6
Arriva a fine mese con qualche difficoltà	669	32,8
Arriva a fine mese con molte difficoltà	156	7,7
Parità		
Primipara	1064	54,8
Multipara	878	45,2
Partecipazione a un CAN*		
Sì	1328	64,7
No	723	35,3

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

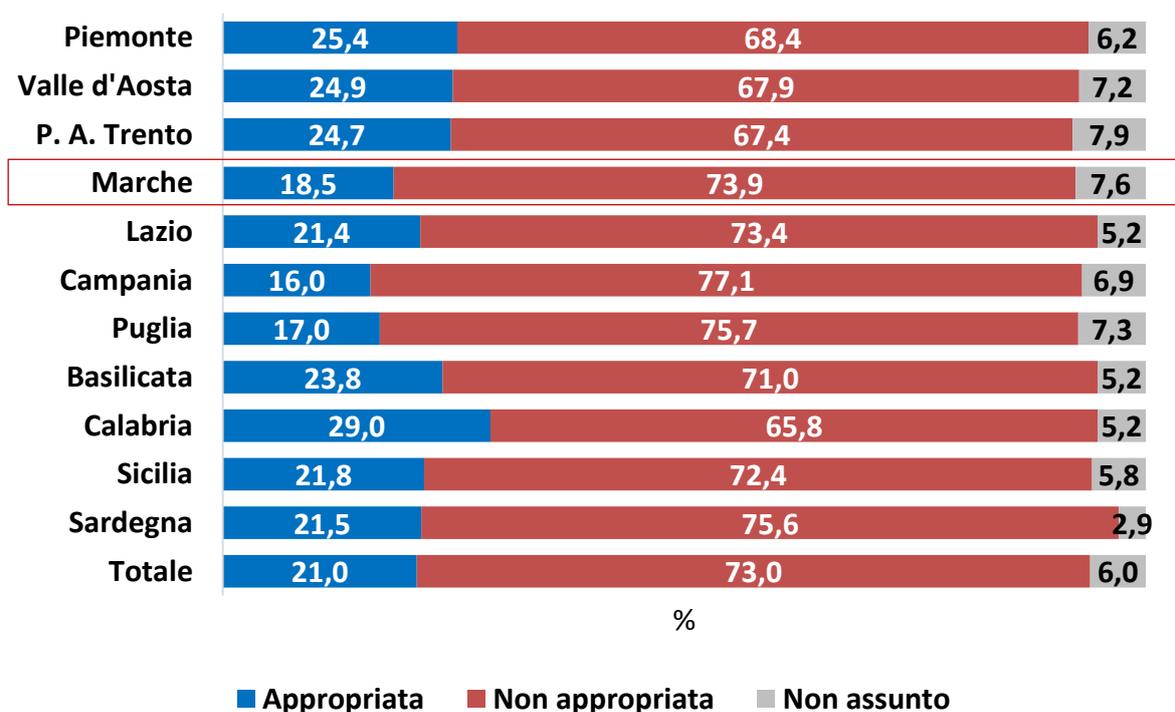
Assunzione di acido folico

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? (*)

Nelle Marche, 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 92,4% delle mamme della Regione ha assunto acido folico, ma la grande maggioranza di esse lo ha fatto in maniera inappropriata, prevalentemente a gravidanza iniziata. Nelle Marche l'assunzione appropriata, a partire da prima del concepimento, ha interessato soltanto il 18,5% 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

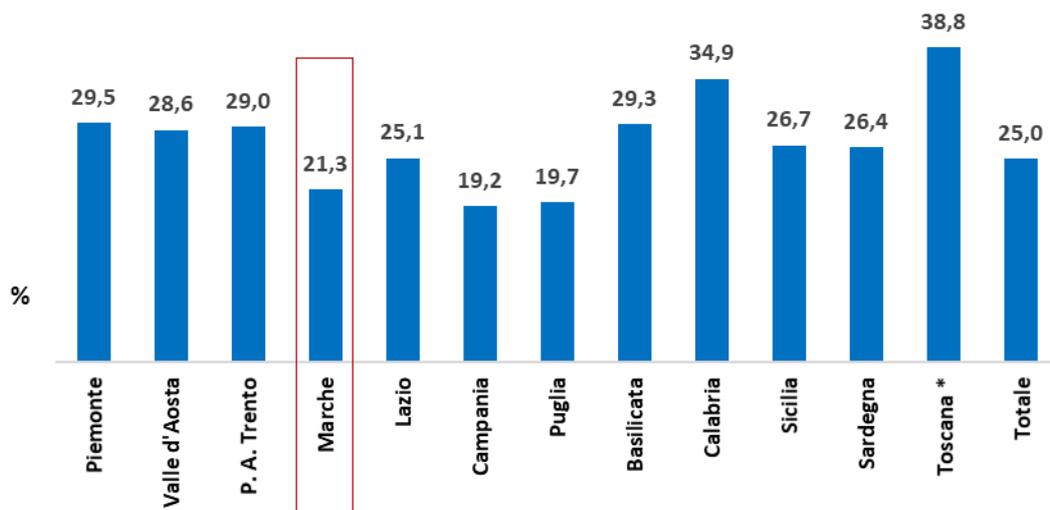


(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 all'80,6%), la quota che ha assunto acido folico in maniera appropriata aumenta di poco risultando pari al 21,3% (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

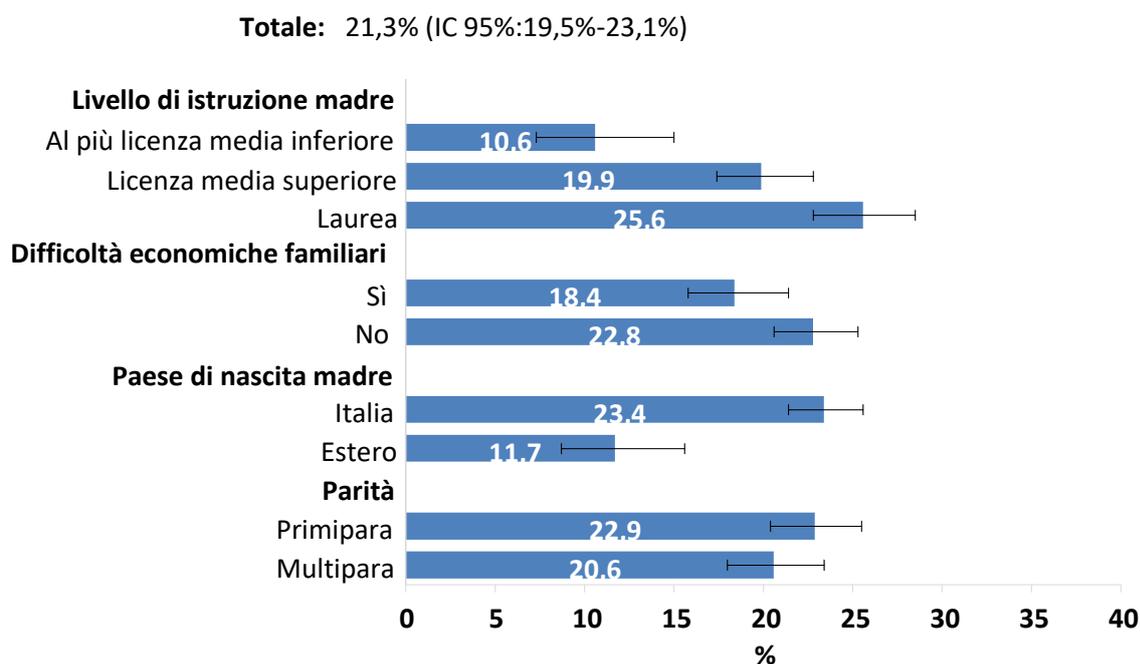
(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 mamme nate all'estero.

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



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 d'istruzione e il Paese di nascita, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività dell'associazione con la presenza/assenza di difficoltà economiche rilevata dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche nelle Marche la quota di mamme che ha assunto acido folico in maniera appropriata in occasione della gravidanza è risultata contenuta. Inoltre la quota rilevata nella Regione è risultata significativamente più bassa rispetto a quella media registrata nelle 11 regioni: soltanto poco più di una mamma su 5 (21,3%) 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 in età riproduttiva 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.

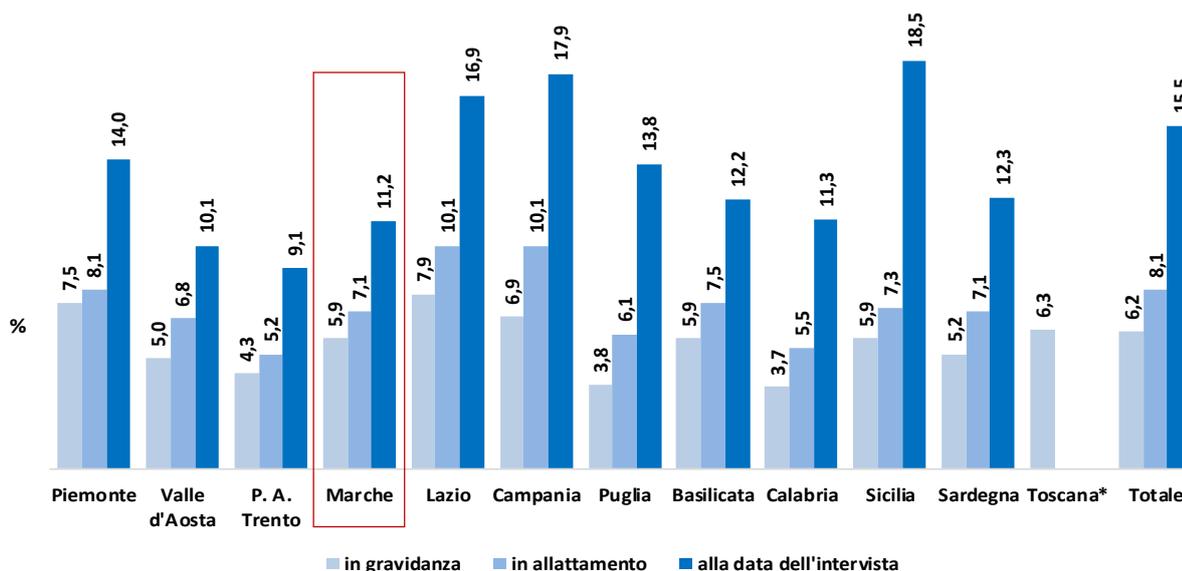
Quante mamme hanno fumato durante la gravidanza e l'allattamento?

Nelle Marche il 5,9% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza (a fronte di una media del 6,2% nelle 11 regioni).

La quota di fumatrici alla data dell'intervista è risultata pari all'11,2% (contro una media del 15,5%). Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando le fumatrici sono risultate pari al 7,1% (contro una media dell'8,1%), valore poco distante da quello osservato in gravidanza.

I livelli di diffusione del fumo durante la gravidanza e in allattamento nella Regione sono risultati sovrapponibili ai livelli medi registrati nelle 11 regioni.

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



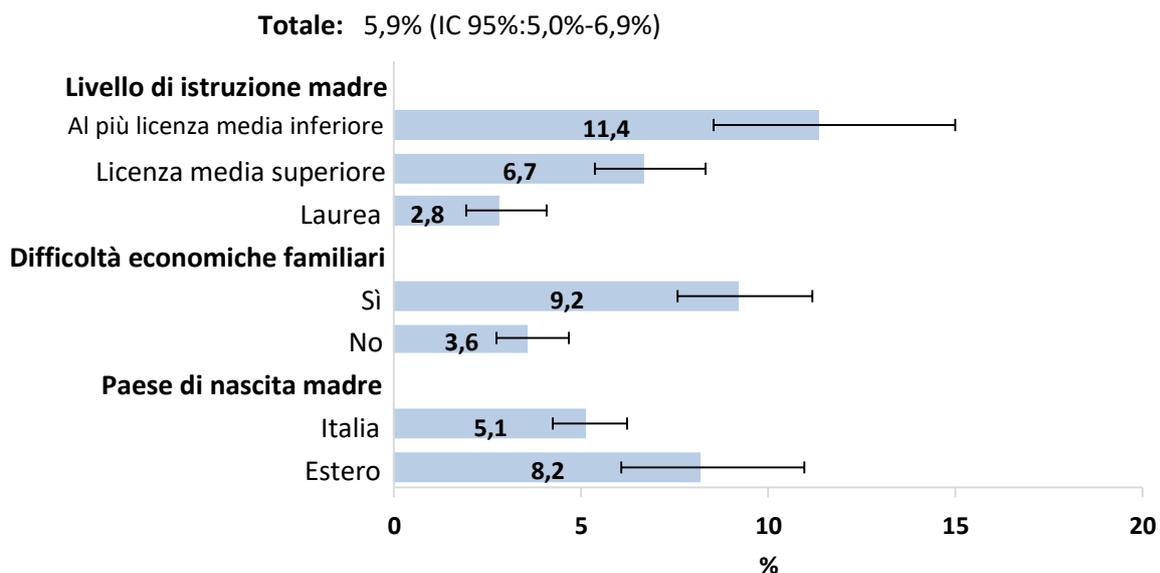
*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

Consumo di tabacco in gravidanza: differenze socio-economiche

Il consumo di tabacco in gravidanza nella Regione 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 – Marche

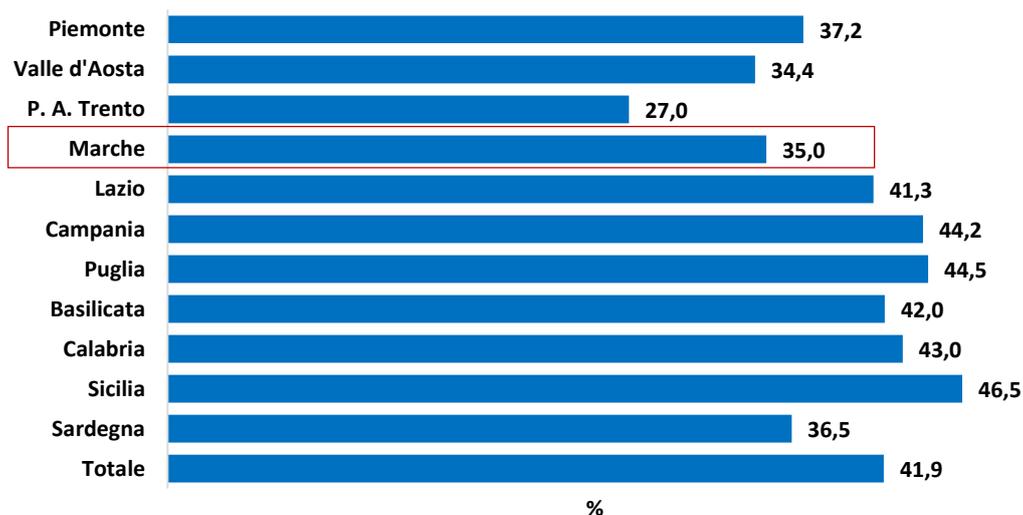


Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni del fumo in gravidanza con il livello di istruzione e la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività dell'associazione con il Paese di nascita rilevata 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 35,0% (a fronte del 41,9% rilevato 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 26,9% se almeno uno dei due genitori risulta laureato, mentre sale al 49,4% 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, la cui diffusione nelle Marche è risultata caratterizzata da livelli sovrapponibili a quelli medi registrati nelle 11 regioni, interessando rispettivamente il 5,9% delle mamme durante la gravidanza e il 7,1% in allattamento. Risulta inoltre necessario continuare a sensibilizzare la popolazione sul pericolo dell'esposizione dei bambini al fumo passivo (per il 35,0% dei bambini della Regione è stata rilevata la presenza di almeno un genitore o altro convivente fumatore).

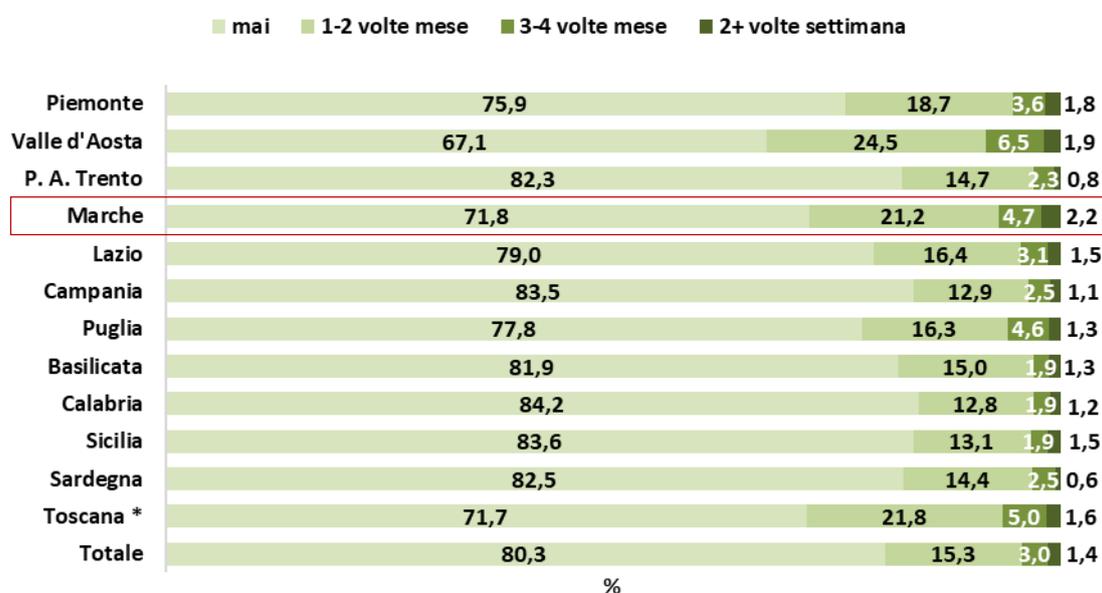
Consumo di bevande alcoliche

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?

Nelle Marche il 28,2% delle mamme ha consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza (valore significativamente superiore 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 4,7% ha dichiarato di aver assunto alcol 3-4 volte al mese e il 2,2% 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

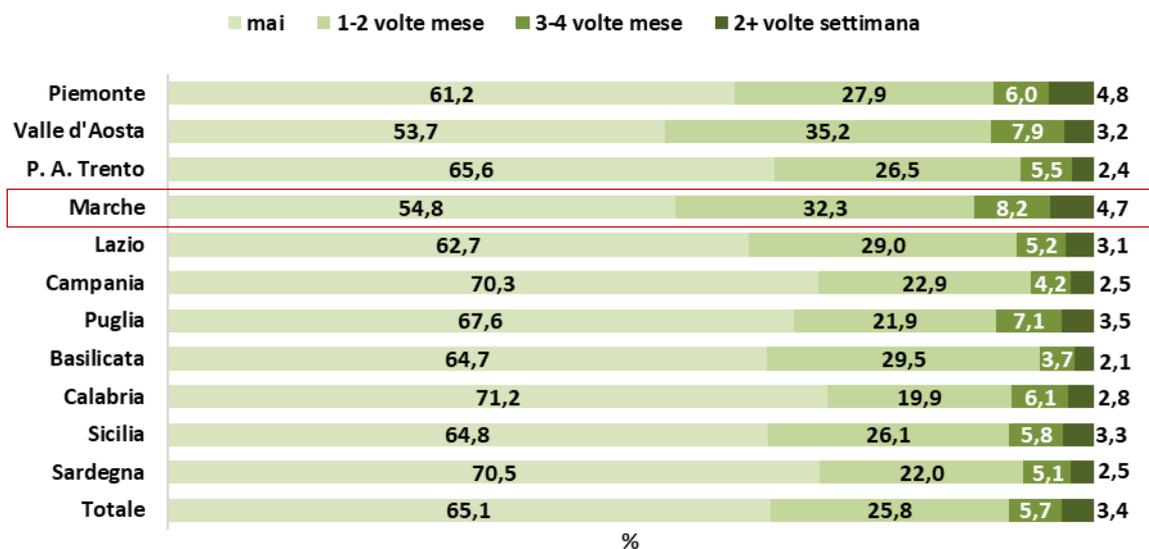


*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

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 7,6% 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 45,2% 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 maggiore rispetto alla media del 34,9% nelle 11 regioni). Considerando le frequenze di consumo più elevate, l'8,2% ha dichiarato di aver consumato alcol 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista e il 4,7% 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



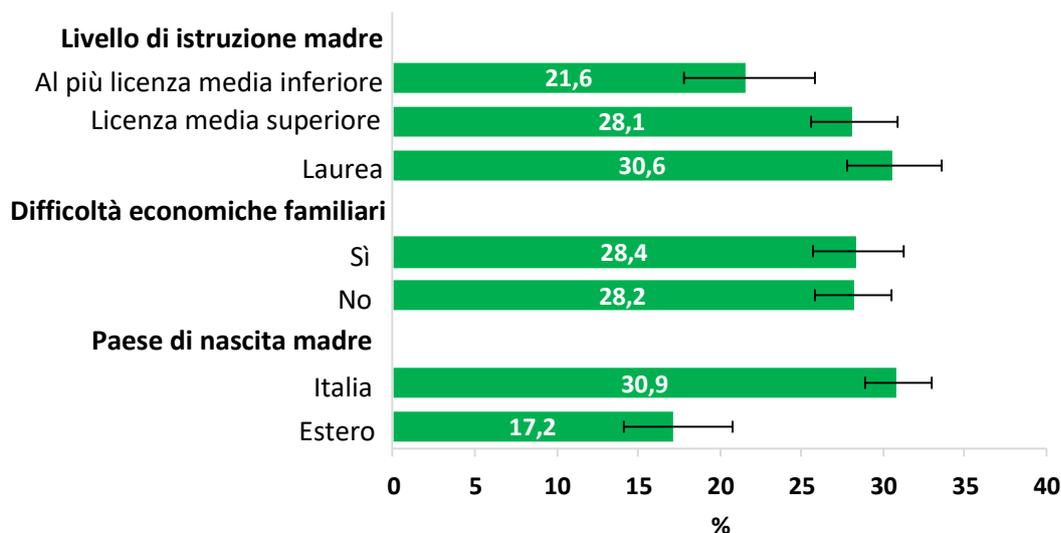
Consumo di bevande alcoliche in gravidanza: differenze socio-economiche

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

- le mamme più istruite,
- le mamme nate in Italia.

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

Totale: 28,2% (IC 95%:26,4%-29,9)



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 consumo di alcol in gravidanza con il livello di istruzione e il Paese di nascita, 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 alcol in gravidanza tra le mamme che hanno riportato difficoltà ad arrivare a fine mese.

Conclusioni

Come nelle altre regioni partecipanti alla Sorveglianza, i livelli di diffusione del consumo di alcol in gravidanza e in allattamento rilevati nelle Marche confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta alle donne e ai loro partner sul rischio per la salute dei bambini. In particolare nelle Marche la quota di mamme che ha consumato bevande alcoliche durante la gravidanza (pari al 28,2%, con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) e la quota tra le mamme allattanti (pari al 45,2%, con una frequenza di almeno 1-2 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista) sono risultate significativamente superiori rispetto alle medie rilevate nelle 11 regioni.

Allattamento

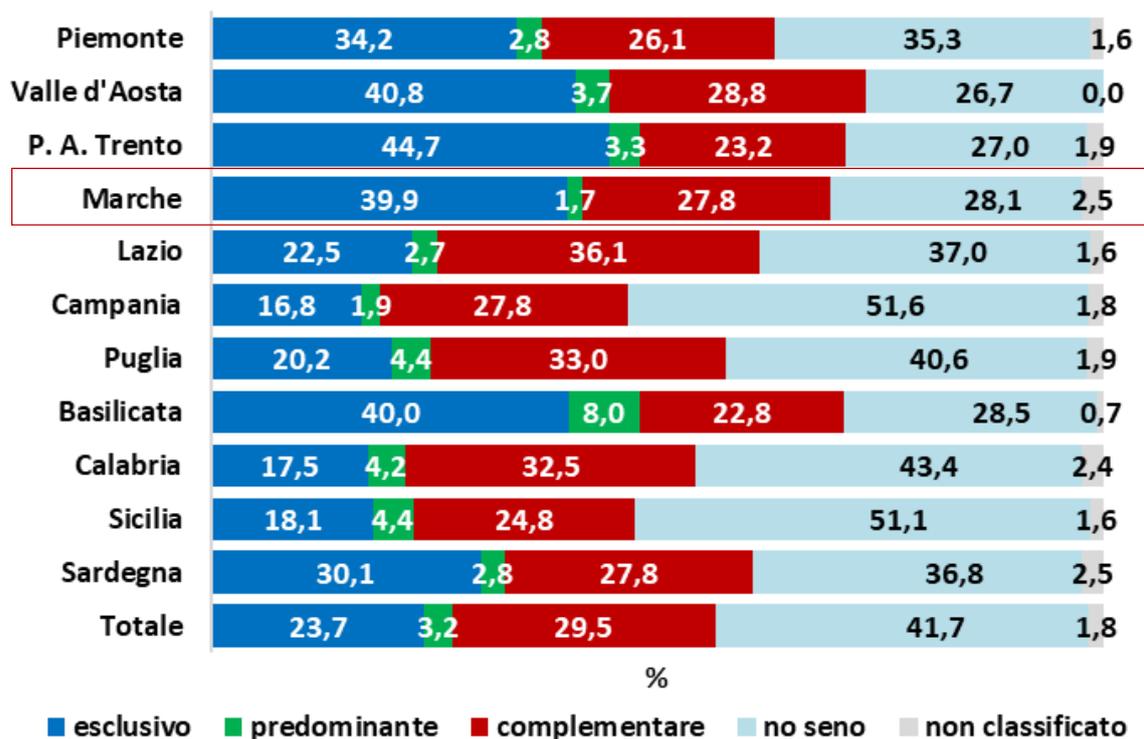
Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ampiamente documentate. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se desiderato dalla mamma e dal bambino),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

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

Nelle Marche la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 39,9% (discostandosi significativamente dalla media del 23,7% rilevata nelle 11 regioni), mentre un 28,1% 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)

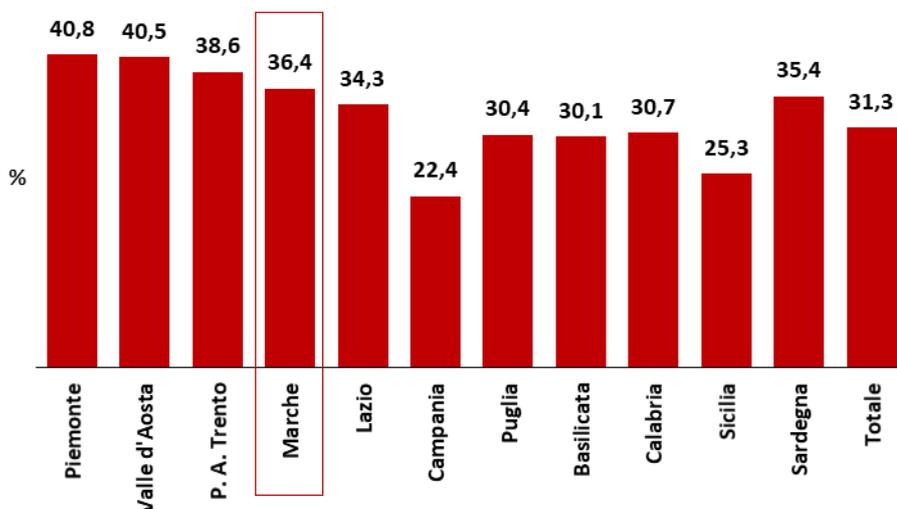


(*) La variabile "Tipologia di allattamento" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 36,4% (discostandosi significativamente dalla media del 31,3% nelle 11 regioni).

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



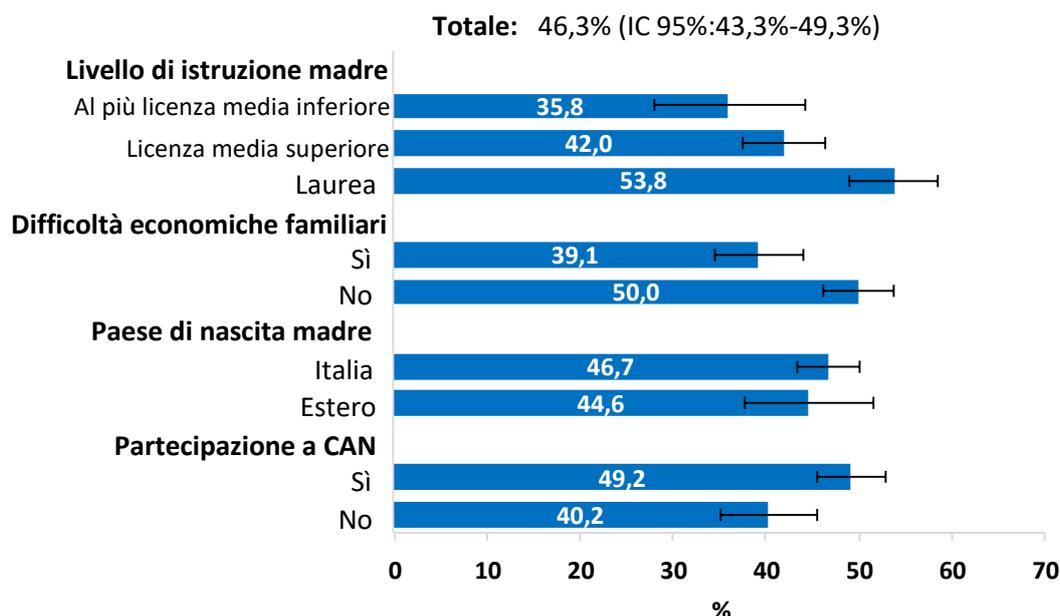
La quota di bambini che non hanno mai ricevuto latte materno è risultata invece pari al 5,0% (le prevalenze variano tra 5,0% e 18,4% nelle 11 regioni).

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 che non hanno mai seguito un CAN.

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



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, la presenza/assenza di difficoltà economiche e la partecipazione a un CAN, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Nelle Marche sono state rilevate prevalenze di allattamento più elevate rispetto alle medie registrate nelle 11 regioni. Tuttavia, rispetto alle raccomandazioni generali dell'OMS, solo 4 bambini su 10 (39,9%) nella fascia d'età 4-5 mesi sono risultati allattati in maniera esclusiva e meno di 4 su 10 (36,4%) tra 12 e 15 mesi assumono latte materno. I risultati confermano dunque la necessità 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.

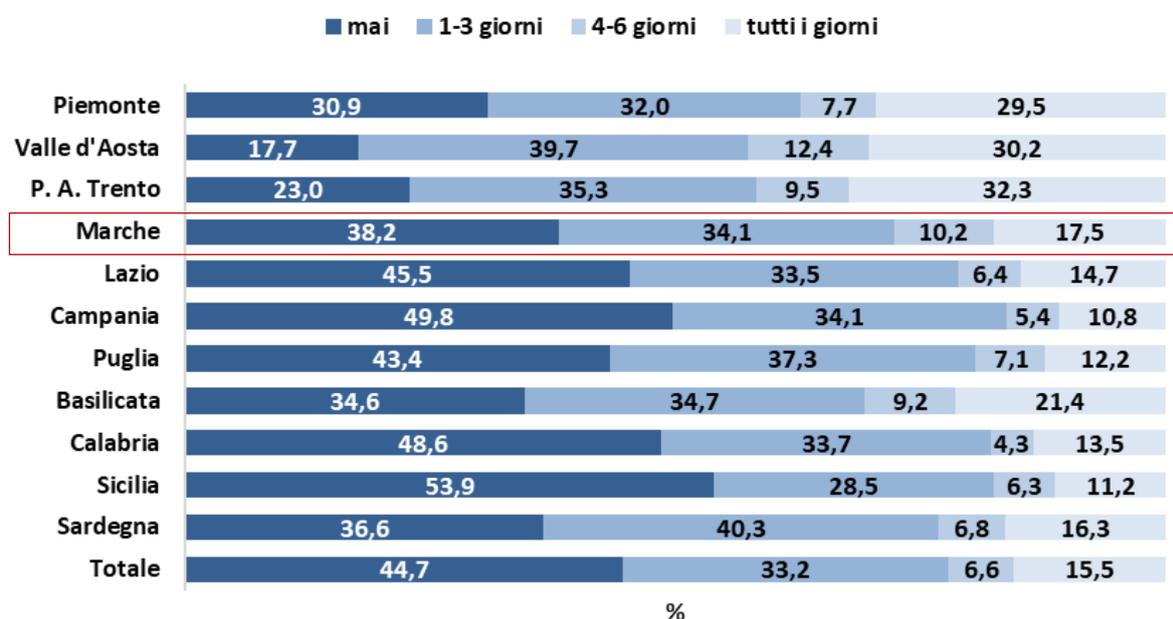
Letture precoce in famiglia

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?

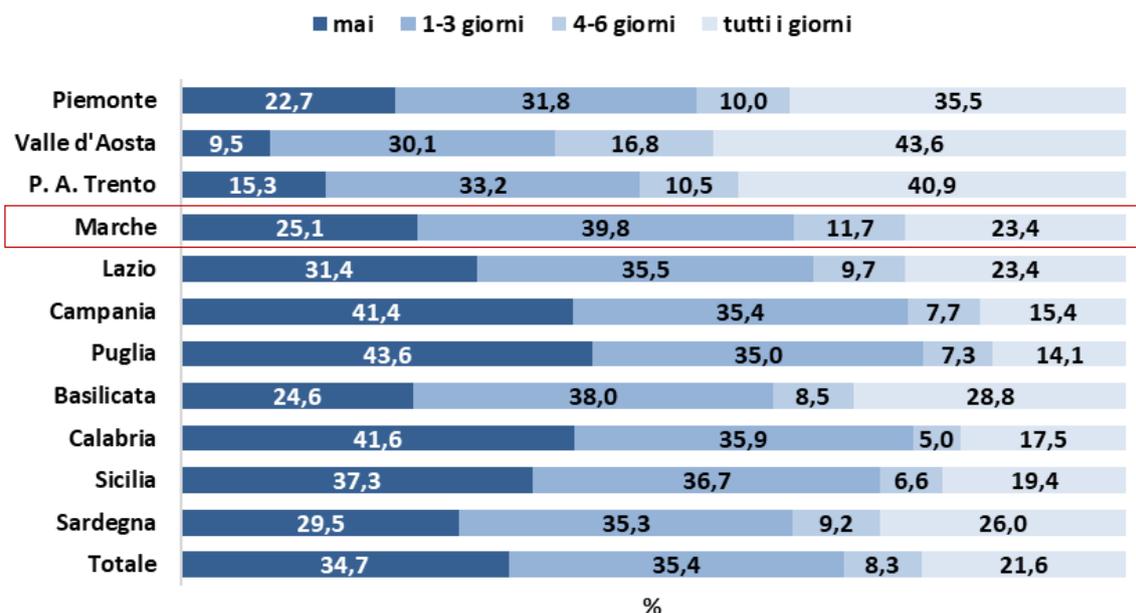
Nella settimana precedente l'intervista nelle Marche non è mai stato letto un libro al 38,2% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 17,5% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana (le due percentuali risultano pari rispettivamente a 44,7% 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 25,1% (34,7% nel pool di regioni), mentre sale a 23,4% 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



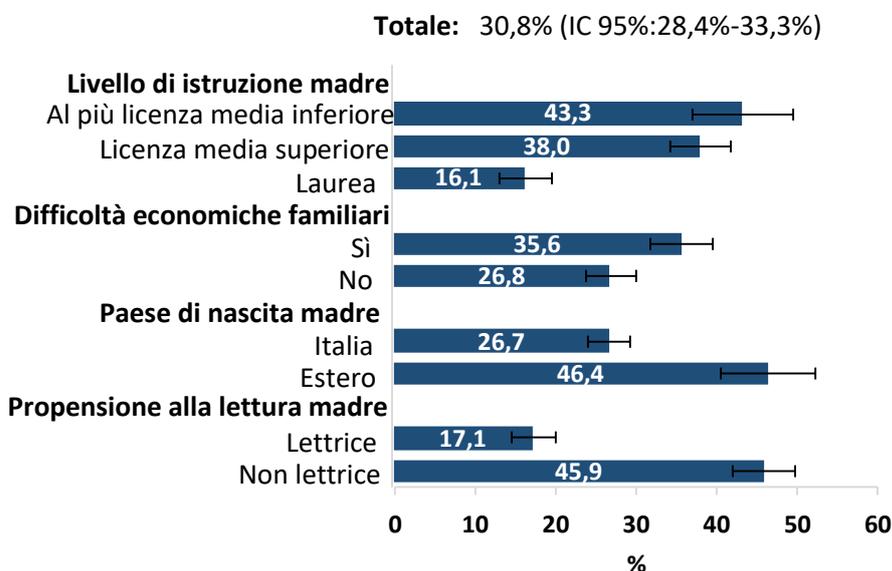
La quota di bambini a cui non sono stati letti libri nella Regione è risultata significativamente inferiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia nella fascia di età 6-12 mesi sia sopra i 12 mesi.

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 – Marche



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, il Paese di nascita e la propensione alla lettura della madre, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività dell'associazione con la presenza/assenza di difficoltà economiche rilevata dalle prevalenze.

Conclusioni

Seppur nelle Marche sia stata rilevata una diffusione significativamente maggiore della lettura precoce rispetto alla media registrata nelle 11 regioni, sono risultati del tutto esclusi dall'esposizione alla lettura quasi 4 bambini su 10 tra 6 e 12 mesi (38,2%) e un quarto dei bambini (25,1%) sopra l'anno di età. 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. 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.

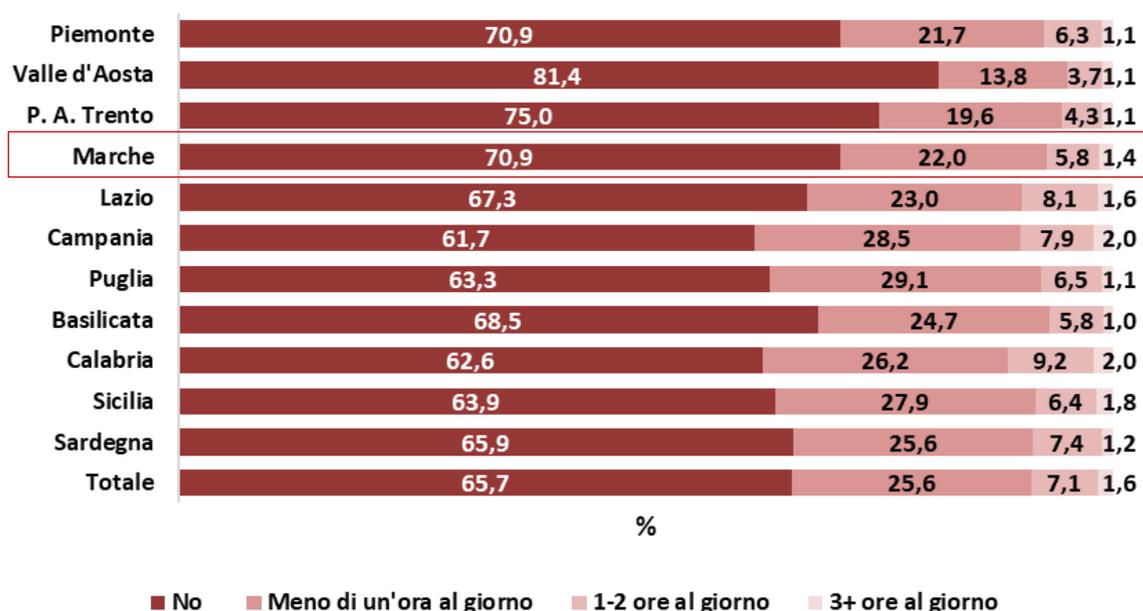
Esposizione a schermi

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?

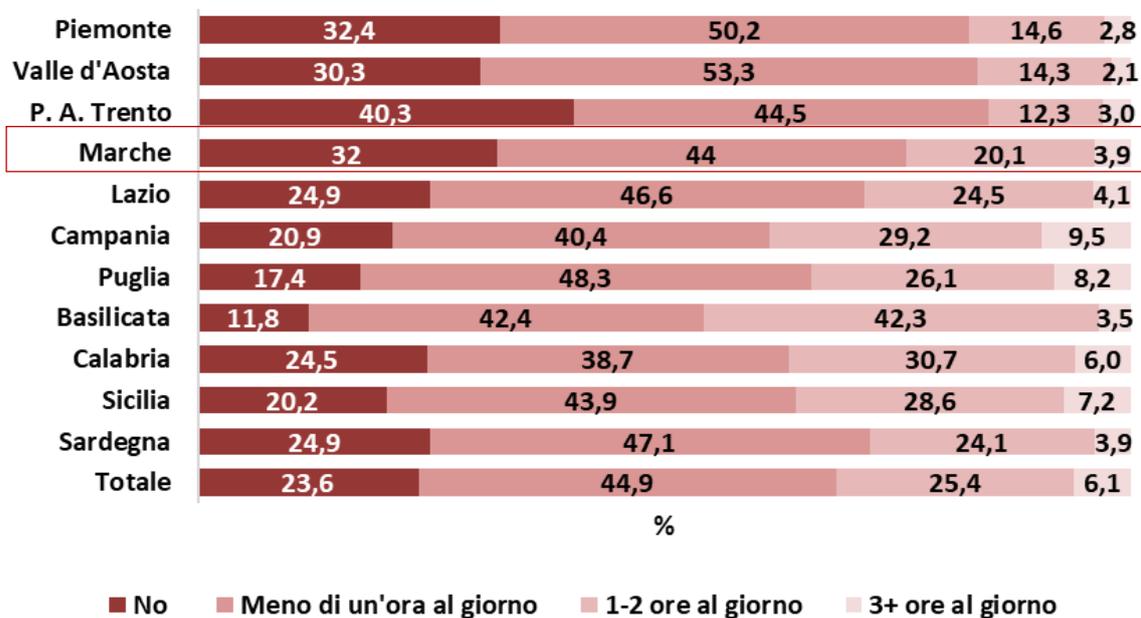
Nelle Marche la quota di bambini posti davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari già nei primi mesi di vita (fino a 6 mesi di età) è risultata pari al 29,1% (a fronte di una media nelle 11 regioni del 34,3%). La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo, ma il 7,2% 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 24,0% (31,5% nel pool di regioni), mentre la quota di quelli mai esposti è risultata pari al 32,0% (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



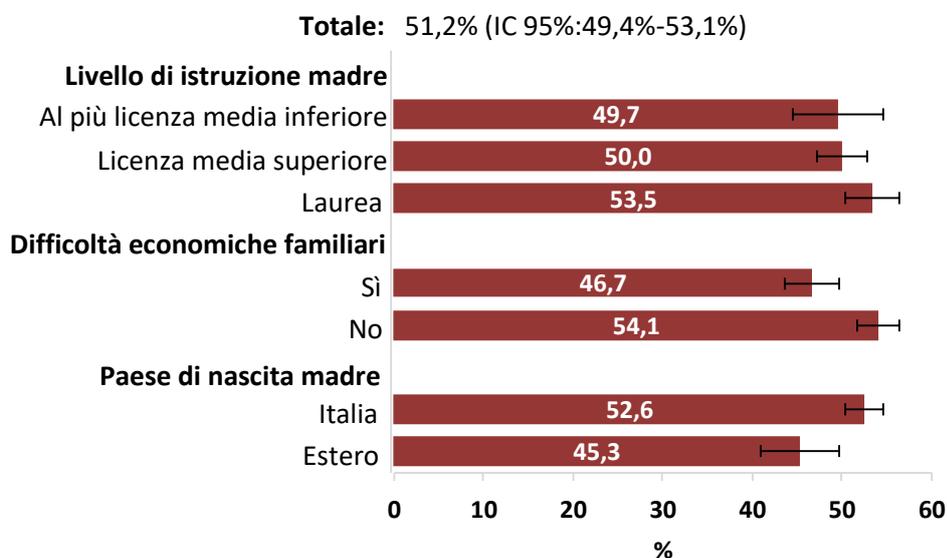
La quota di bambini non esposti a schermi nella Regione è risultata significativamente superiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia tra i bambini più piccoli sia tra i bambini sopra l'anno di età.

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

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



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 Paese di nascita e la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche nelle Marche l'esposizione a TV, computer, tablet o cellulari è risultata ampiamente diffusa, interessando il 29,1% dei bambini già nei primi mesi di vita (fino a 6 mesi di età) e il 68,0% di quelli sopra i 12 mesi, con frequenze di esposizione giornaliere crescenti al crescere dell'età. Seppur le quote rilevate siano risultate inferiori a quelle medie osservate nelle 11 regioni, i risultati evidenziano 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.

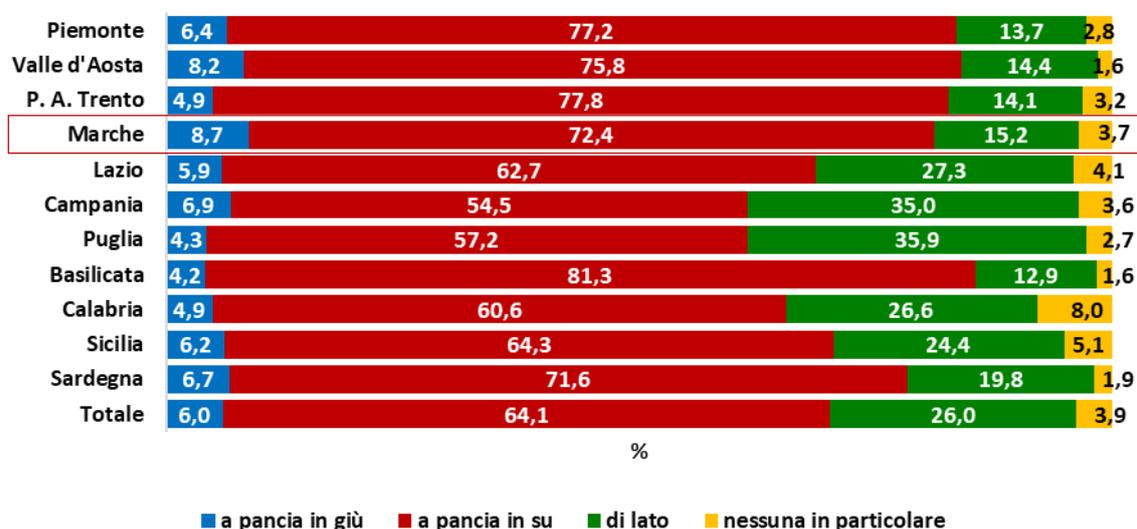
Posizione in culla

Secondo stime recenti la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS - Sudden Infant Death Syndrome) 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 grande maggioranza delle mamme nelle Marche ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (72,4%, valore significativamente superiore 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 15,2% delle mamme (a fronte di una media del 26,0%).

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

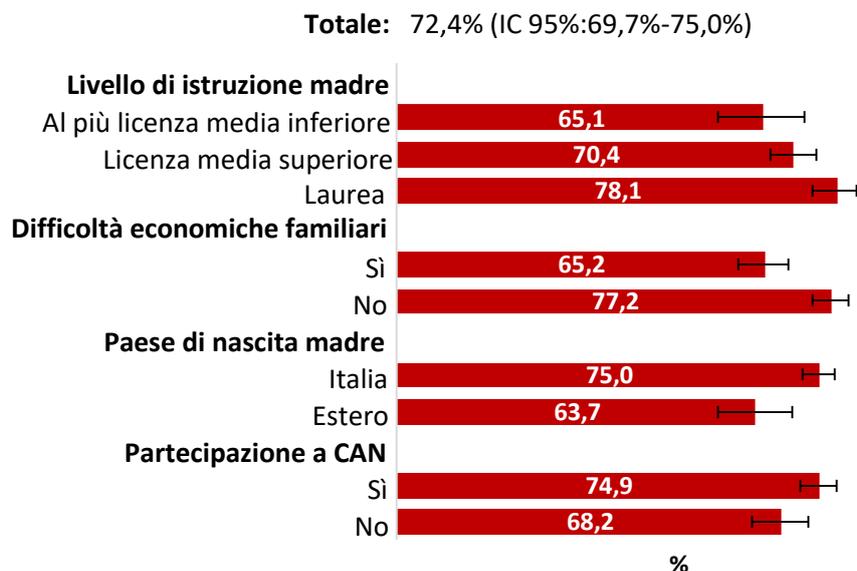


Posizione in culla: differenze socio-economiche

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 nate all'estero,
- 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) – Marche



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 posizionamento corretto del bambino in culla con la presenza/assenza di difficoltà economiche, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività statistica, emersa dalle prevalenze, delle associazioni con livello di istruzione, Paese di nascita e partecipazione a un CAN.

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.

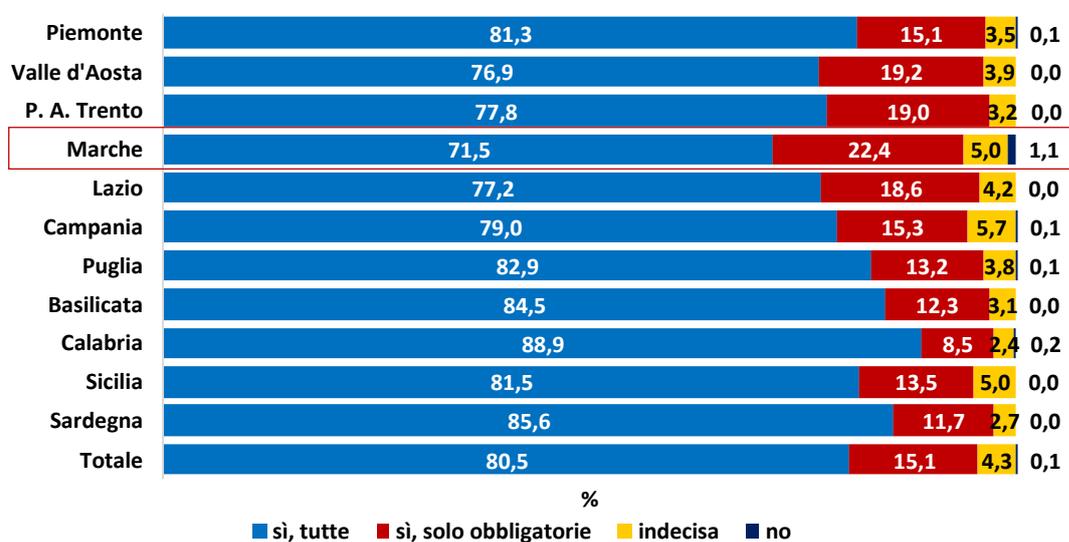
Vaccinazioni

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 71,5% delle mamme nelle Marche ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future, il 22,4% 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 5,0% (contro il 4,3% nelle 11 regioni), mentre l'1,1% non vaccinerà il bambino in futuro (a fronte dello 0,1%).

Figura 21. Intenzioni riguardo alle vaccinazioni future



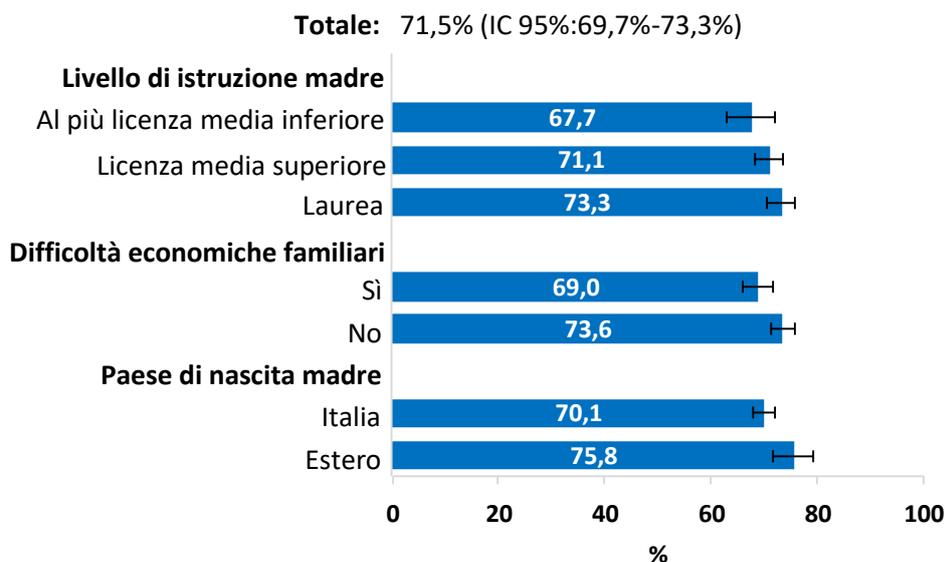
La quota di mamme che intendono effettuare tutte le vaccinazioni future nella Regione è risultata significativamente inferiore rispetto alla media rilevata nel pool di regioni, mentre è risultata significativamente più elevata la quota di quelle intenzionate a effettuare soltanto le vaccinazioni obbligatorie.

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:

- quelle 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 – Marche



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 la presenza/assenza di difficoltà economiche e il Paese di nascita, 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

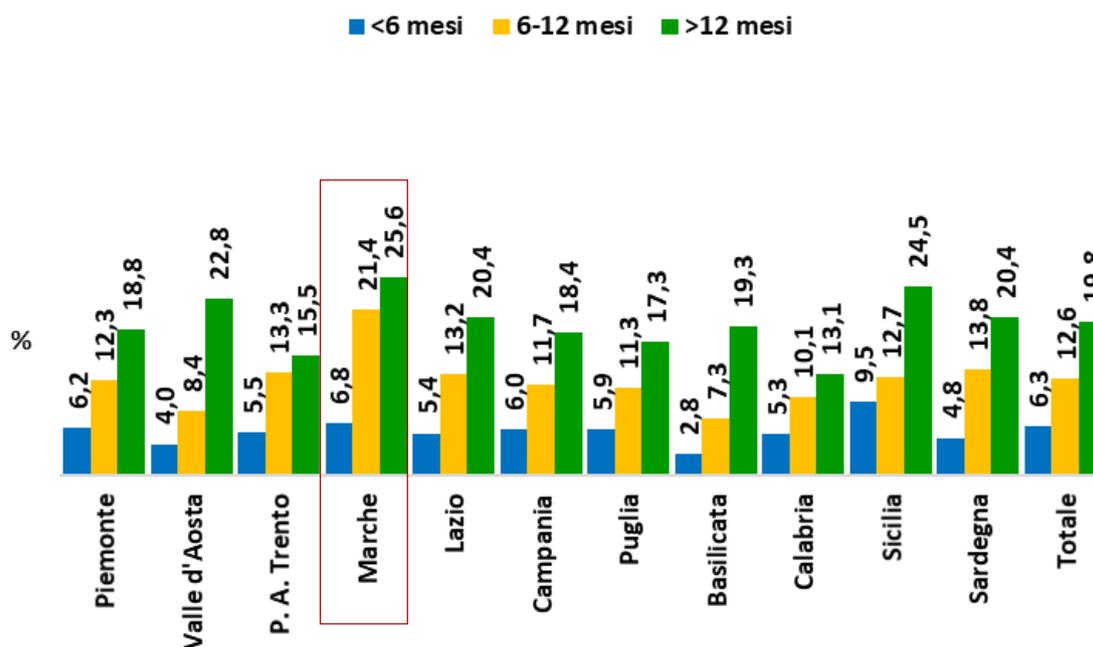
Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta elevato tra i bambini, in particolare nella fascia d'età fino a 5 anni. Tali incidenti possono essere in parte prevenuti attraverso adeguati accorgimenti.

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

Nelle Marche 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 6,8% 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 25,6% tra le mamme di bambini sopra l'anno di età (19,8% nel pool di regioni).

Le prevalenze sono risultate significativamente superiori rispetto a quelle rilevate nel pool di regioni per le mamme di bambini di 6-12 mesi e sopra l'anno di età.

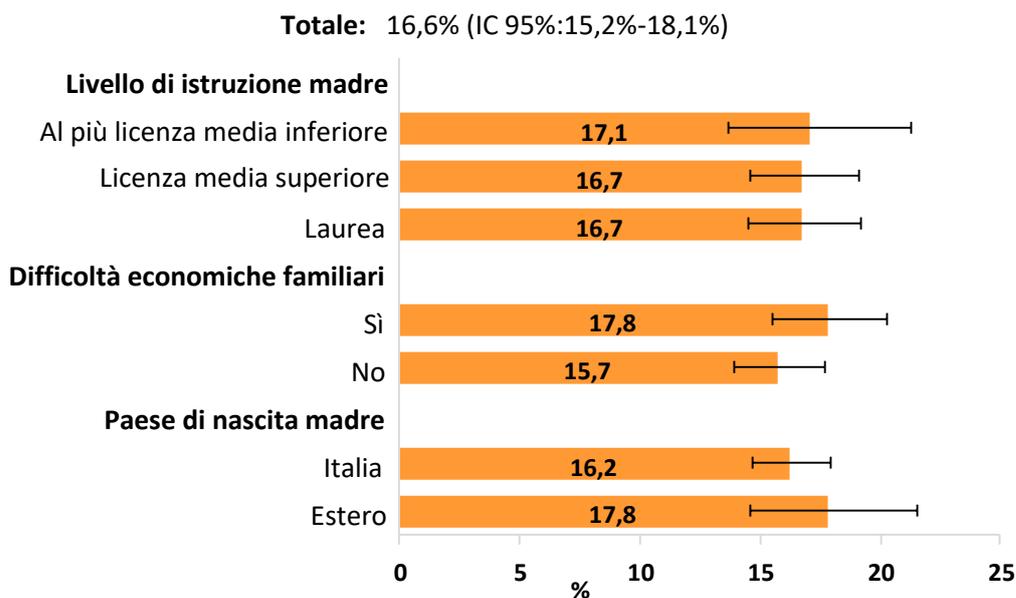
Figura 23. Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per classe di età del bambino



Incidenti domestici: differenze socio-economiche

Analizzando il ricorso a personale sanitario per incidenti domestici occorsi al figlio sul totale delle mamme di bambini di 0-2 anni nella Regione, non sono state rilevate, dallo studio delle prevalenze, differenze statisticamente significative per livello di istruzione, Paese di nascita e presenza/assenza di difficoltà economiche familiari.

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



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) non sono state rilevate associazioni statisticamente significative del ricorso a personale sanitario per incidente del bambino con le variabili considerate.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche nelle Marche il ricorso a personale sanitario per incidenti occorsi al bambino è risultato non trascurabile, interessando una mamma su 4 (25,6%) nella fascia d'età del bambino sopra i 12 mesi (valore significativamente superiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni). 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

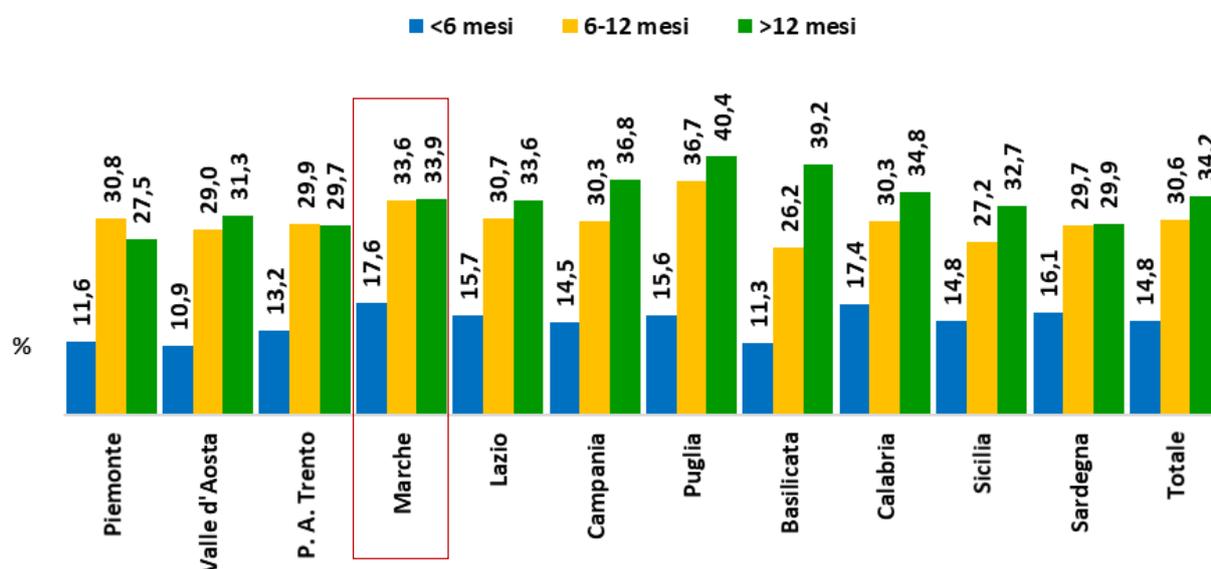
L'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione per il trasporto in auto dei bambini può ridurre sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale.

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

Nelle Marche il 17,6% 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 33,6% tra le mamme di bambini di 6-12 mesi e al 33,9% sopra l'anno di età (rispettivamente 30,6% e 34,2% nel pool di regioni).

Per le mamme dei bambini di età inferiore a 6 mesi 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

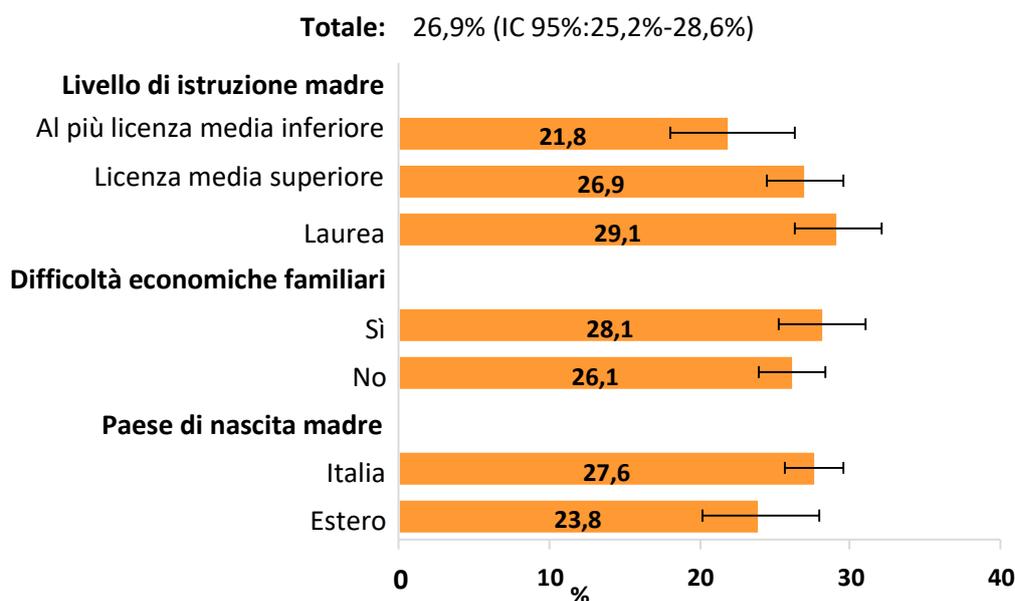


Difficoltà nell'uso del seggiolino: differenze socio-economiche

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 meno istruite.

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



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 tra le difficoltà nell'uso del seggiolino e 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 delle difficoltà nell'uso del seggiolino tra le mamme che hanno riportato difficoltà ad arrivare a fine mese.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche nelle Marche la quota di mamme che ha riportato difficoltà nell'uso del seggiolino è risultata non trascurabile e crescente all'aumentare dell'età del bambino: il 17,8% delle mamme con bambini sotto i 6 mesi di età (quota significativamente superiore alla media nelle 11 regioni) e una mamma su 3 con bambini di almeno 6 mesi hanno dichiarato tali difficoltà. 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 nelle Marche ambiti di miglioramento che riguardano, con diversa importanza, tutti i determinanti. Le più evidenti criticità, soprattutto nel confronto con le altre 10 regioni partecipanti all'indagine, sono:

- tasso di partecipazione,
- parziale uso appropriato dell'acido folico
- consumo di alcol durante la gravidanza e l'allattamento materno,
- esitazione vaccinale,
- incidenti domestici (oltre i 6 mesi),
- uso del seggiolino (sotto i 6 mesi).

Occorre quindi che nelle politiche sanitarie regionali entrino con estrema determinazione alcuni temi di prevenzione e promozione della salute quali le abitudini voluttuarie in gravidanza, l'allattamento materno prolungato, la scelta vaccinale consapevole e l'attenzione agli incidenti in casa e in auto, anche attraverso il confronto costante e fattivo con tutti gli operatori coinvolti nei primi 1000 giorni (mmg, ginecologi, pediatri, consultori, ecc.) e con specifici progetti del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025.

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	21,3 (19,5-23,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	10,6 (7,3-15,0)
Licenza media superiore	19,9 (17,4-22,8)
Laurea	25,6 (22,8-28,5)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	18,4 (15,8-21,4)
No	22,8 (20,6-25,3)
Paese di nascita madre	
Italia	23,4 (21,4-25,6)
Estero	11,7 (8,7-15,6)
Parità	
Primipara	22,9 (20,4-25,5)
Multipara	20,6 (18,0-23,4)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	5,9 (5,0-6,9)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	11,4 (8,6-15,0)
Licenza media superiore	6,7 (5,4-8,4)
Laurea	2,83 (2,0-4,1)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	9,2 (7,6-11,2)
No	3,6 (2,8-4,7)
Paese di nascita madre	
Italia	5,1 (4,2-6,2)
Estero	8,2 (6,1-11,0)

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	28,2 (26,4-29,9)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	21,6 (17,8-25,9)
Licenza media superiore	28,1 (25,6-30,9)
Laurea	30,6 (27,8-33,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	28,4 (25,7-31,3)
No	28,2 (25,9-30,5)
Paese di nascita madre	
Italia	30,9 (28,9-33,0)
Estero	17,2 (14,1-20,8)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	46,3 (43,3-49,3)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	35,8 (28,1-44,2)
Licenza media superiore	42,0 (37,6-46,5)
Laurea	53,8 (49,1-58,5)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	39,1 (34,4-44,0)
No	50,0 (46,2-53,8)
Paese di nascita madre	
Italia	46,7 (43,4-50,1)
Estero	44,6 (37,7-51,6)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	49,2 (45,6-52,9)
No	40,2 (35,1-45,5)

(*) 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	30,8 (28,4-33,3)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	43,3 (37,2-49,7)
Licenza media superiore	38,0 (34,3-41,9)
Laurea	16,1 (13,2-19,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	35,6 (31,8-39,6)
No	26,8 (23,8-30,0)
Paese di nascita madre	
Italia	26,7 (24,1-29,4)
Estero	46,4 (40,5-52,4)
Propensione alla lettura madre	
Lettrice (*)	17,1 (14,5-20,0)
Non lettrice	45,9 (42,0-49,8)

(*) 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	51,2 (49,4-53,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	49,7 (44,7-54,6)
Licenza media superiore	50,0 (47,2-52,9)
Laurea	53,5 (50,4-56,5)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	46,7 (43,7-49,8)
No	54,1 (51,7-56,6)
Paese di nascita madre	
Italia	52,6 (50,4-54,7)
Estero	45,3 (40,9-49,7)

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	72,4 (69,7-75,0)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	65,1 (56,9-72,5)
Licenza media superiore	70,4 (66,2-74,3)
Laurea	78,1 (73,9-81,7)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	65,2 (60,4-69,6)
No	77,2 (73,8-80,2)
Paese di nascita madre	
Italia	75,0 (72,0-77,8)
Estero	63,7 (56,8-70,1)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	74,9 (71,6-77,9)
No	68,2 (63,1-72,9)

(*) 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	71,5 (69,7-73,3)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	67,7 (62,9-72,1)
Licenza media superiore	71,1 (68,4-73,7)
Laurea	73,3 (70,4-76,0)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	69,0 (66,0-71,8)
No	73,6 (71,3-75,8)
Paese di nascita madre	
Italia	70,1 (68,0-72,1)
Estero	75,8 (71,8-79,3)

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	16,6 (15,2-18,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	17,1 (13,7-21,3)
Licenza media superiore	16,7 (14,6-19,1)
Laurea	16,7 (14,5-19,2)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	17,8 (15,5-20,3)
No	15,7 (13,9-17,7)
Paese di nascita madre	
Italia	16,2 (14,7-17,9)
Estero	17,8 (14,6-21,5)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	26,9 (25,2-28,6)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	21,8 (18,0-26,3)
Licenza media superiore	26,9 (24,4-29,6)
Laurea	29,1 (26,3-32,1)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	28,1 (25,3-31,0)
No	26,1 (23,9-28,4)
Paese di nascita madre	
Italia	27,6 (25,6-29,6)
Estero	23,8 (20,2-27,9)

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/eecd.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 Periconceptional 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. Haastруп 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. Haastруп 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>.

Documenti Regionali

1. Gravidanze e nuove nascite nella regione Marche: analisi dei dati Cedap 2008, analisi regionale dei dati raccolti con il Certificato di assistenza al parto (Cedap), pubblicato dall'Osservatorio epidemiologico sulle

diseguaglianze dell'Agenzia sanitaria regionale delle Marche. Gravidanze e nuove nascite nelle Marche: analisi dei dati Cedap 2008 <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS/Donne>

2. Salute delle madri e dei nuovi nati nella regione Marche - anno 2008 pubblicato dall'Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ancona – <https://www.epicentro.iss.it/ben/2011/marzo/2>
3. Il profilo di salute della popolazione dell'Area Vasta 2 -dati relativi all'anno 2015 da Pag 42 a pag 51 dati al Dicembre 2015 pubblicato dall'UO Epidemiologia dell'AV2 ASUR Marche <https://www.epicentro.iss.it/territorio/marche/pdf/Profilo%20di%20Salute%202016%20dell'Area%20Vasta%2020dati%202015.pdf>
4. Gravidanze e nuove nascite nell'Area Vasta 2. Rapporto 2017. Analisi dei dati Cedap 2011 -2015 pubblicato dall'UO Epidemiologia dell'ASUR Marche <http://www.asurzona7.marche.it/bo/allegati/UserFiles/7/Report%20Grave%20Nasc.pdf>
5. La salute della popolazione nell'Area Vasta 2 (dati 2016- 2017) Pag. 15 -17-18 pubblicato dall'UO Epidemiologia dell'ASUR Marche <https://www.epicentro.iss.it/passi/comunicazione/regionali/MarcheAziendale>

