Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

Ministero della Salute

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Risultati dell'Indagine 2018-2019

REGIONE SARDEGNA

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: Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia, Servizio Promozione della salute e Osservatorio Epidemiologico - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale - Regione Sardegna

Referenti e operatori

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

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

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

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

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

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

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

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

Un ringraziamento particolare a tutti gli operatori sanitari dei centri vaccinali per la preziosa collaborazione e all'Istituto Superiore di Sanità, per il costante affiancamento e la redazione del report.
Infine, un ringraziamento speciale per la generosa disponibilità, è rivolto a tutte le mamme che hanno partecipato.

Copia del volume può essere richiesta a: Osservatorio Epidemiologico Regionale, san.oer@regione.sardegna.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 2
INTRODUZIONE 3
METODOLOGIA 4
Caratteristiche del campione 6
Assunzione di acido folico 7
Consumo di tabacco 10
Consumo di bevande alcoliche 13
Allattamento 16
Lettura precoce in famiglia 19
Esposizione a schermi 22
Posizione in culla 25
Vaccinazioni 27
Incidenti domestici 29
Uso del seggiolino 31
CONCLUSIONI GENERALI 33
TABELLE 34
MATERIALI BIBLIOGRAFICI 39

PREFAZIONE

Il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino (Sorveglianza Bambini 0-2 anni), promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si inserisce nell'ambito delle sorveglianze nazionali finalizzate alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche nonché far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.

Copre un arco temporale di 1.000 giorni, che vanno dall'epoca concezionale ai primi 2 anni di vita, monitorando aspetti importanti dell'intero percorso nascita tra i quali: l'assunzione dell'acido folico in epoca periconcezionale, l'allattamento materno, il fumo e l'alcol durante la gravidanza e l'allattamento, le vaccinazioni, la posizione corretta in culla, la lettura precoce e l'esposizione a schermi.

Nella primavera 2018 la regione Sardegna ha accolto l'invito dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute a partecipare alla prima edizione della rilevazione. Di conseguenza sono state avviate attività preliminari, a livello regionale, tra le quali l'identificazione della rete di rilevazione (che a livello locale comprende i referenti regionali, i referenti aziendali e gli operatori coinvolti nella raccolta dei dati) e la formazione dei professionisti, sia sui determinanti indagati che sugli aspetti metodologici.

Nell'ambito di quest'ultima attività, oltre alla formazione a distanza dedicata, messa a disposizione dall'ISS, il coordinamento regionale ha organizzato, nel mese di novembre 2018, una giornata formativa rivolta a 40 partecipanti tra medici, infermieri e assistenti sanitari operanti nei centri vaccinali.

La rilevazione si è svolta tra dicembre 2018 e aprile 2019 e vi hanno aderito 45 ambulatori. Si è registrato un elevato tasso di partecipazione da parte delle mamme (98,6%) ed i questionari raccolti sono stati 2.132.

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni si affianca alle altre sorveglianze attive a livello regionale che coprono differenti fasce d'età (OKkio alla salute - 6/9 anni; HBSC -11/15 anni; PASSI -18/69 anni e Passi d'Argento - oltre i 64 anni), arricchendo il patrimonio conoscitivo sugli stili di vita e i comportamenti a rischio per la salute.

Nell'ambito del Piano di Prevenzione Regionale, la Sorveglianza renderà disponibile la base conoscitiva e gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia delle attività di promozione quali, ad esempio, quelle ricomprese nel programma P-1.2, rivolte a promuovere nel territorio regionale il modello OMS/Unicef "Insieme per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno". Fornirà, inoltre, indicazioni utili per l'adozione di azioni di prevenzione e promozione di comportamenti corretti nel percorso nascita e nei primi anni di vita.

INTRODUZIONE

La promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita – compresi tra il concepimento e i primi due anni di età – è raccomandata a livello internazionale anche al fine di contrastare precocemente le disuguaglianze di salute. In questa finestra temporale le azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi sono in grado non solo di prevenire problemi di salute nel bambino, ma anche di favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e influenzarne positivamente la salute in età adulta.

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

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

Nel 2017 sempre il Ministero della Salute ha promosso e finanziato un progetto per favorire la diffusione di questa Sorveglianza, alla quale oggi aderiscono Piemonte, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. A queste si aggiunge la Toscana che partecipa mettendo a disposizione i dati raccolti attraverso un'indagine sul percorso nascita, di tipo longitudinale, già attiva sul territorio regionale e coordinata dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni è stato inserito nel DPCM del 2017 su registri e sorveglianze di rilevanza nazionale e regionale e prevede nel tempo il progressivo coinvolgimento di tutte le Regioni e Province Autonome.

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

La prima edizione della rilevazione, condotta tra dicembre 2018 e aprile 2019, ha visto coinvolte complessivamente 29.492 mamme nelle 11 regioni partecipanti, con tassi di partecipazione ovunque molto alti e superiori al 95%. Nel Report vengono presentati i risultati per la Sardegna.

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 1ª, 2ª e 3ª dose DTP-esavalente e 1ª dose MPRV in modo da coprire adeguatamente la fascia 0-2 anni.

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

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

In Sardegna è stata scelta la rappresentatività regionale; hanno partecipato alla raccolta dati tutti i CV presenti sul territorio.

Raccolta dei dati e formazione degli operatori coinvolti

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

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

La formazione sugli aspetti metodologici è finalizzata a garantire uniformità nell'esecuzione delle procedure da parte degli operatori per disporre di dati comparabili tra le regioni, mentre quella sui contenuti, che in questa edizione è stata realizzata tramite una FaD dedicata, è indispensabile per fornire le conoscenze necessarie per poter informare i genitori sui comportamenti corretti per promuovere la salute dei propri figli in un'ottica di *empowerment* delle competenze genitoriali. L'attività di promozione dei comportamenti a favore della salute da parte degli operatori viene facilitata grazie all'utilizzo di materiale informativo multilingue come brochure consegnate alle mamme dopo la compilazione del questionario. Il materiale informativo, proveniente dal Programma GenitoriPiù, è stato aggiornato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Azienda Ulss 9 Scaligera del Veneto.

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

Analisi dei dati

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

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

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

Caratteristiche del campione

In Sardegna sono state intervistate 2.132 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 98,6%.

Il 23,9% delle mamme intervistate ha meno di 30 anni, il 29,3% ha tra 30 e 34 anni e il 46,8% è composto da ultratrentacinquenni. L'età media complessiva è di 33,7 anni.
Il 5,6% delle mamme risulta nato all'estero.
Il 47,1% ha conseguito la licenza media superiore e il 29,4% la laurea.
Il 24,7% non ha un'occupazione, mentre il 45,0% ha dichiarato di avere alcune o molte difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione.
Il 57,2% delle mamme è composto da primipare; il 54,6% ha dichiarato di aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita (CAN) in occasione dell'ultima gravidanza o di una gravidanza precedente.

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	%
Età		
≤29 anni	495	23,9
30-34 anni	607	29,3
≥35 anni	970	46,8
Paese di nascita		
Italia	1909	94,4
Estero	113	5,6
Livello di istruzione		
Al più licenza media inferiore	488	23,6
Licenza media superiore	975	47,1
Laurea	609	29,4
Stato occupazionale		
Occupata	1586	75,3
Non occupata	519	24,7
Difficoltà economiche familiari		
Arriva a fine mese molto facilmente	215	10,3
Arriva a fine mese abbastanza facilmente	933	44,7
Arriva a fine mese con qualche difficoltà	779	37,3
Arriva a fine mese con molte difficoltà	161	7,7
Parità		
Primipara	1135	57,2
Multipara	849	42,8
Partecipazione a un CAN*		
Sì	1144	54,6
No	952	45,4

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

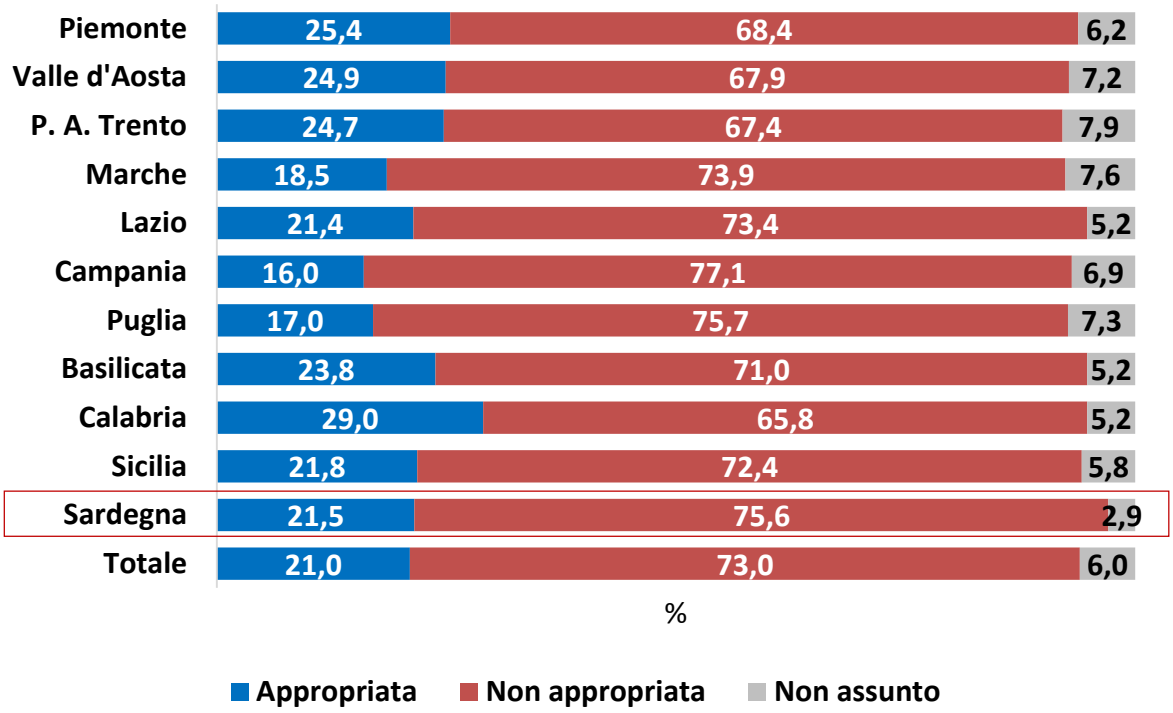
Assunzione di acido folico

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

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

In Sardegna, 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 97,1% delle mamme della Regione ha assunto acido folico, ma la grande maggioranza di esse lo ha fatto in maniera inappropriata, prevalentemente a gravidanza iniziata. In Sardegna l'assunzione appropriata, a partire da prima del concepimento, ha interessato soltanto il 21,5% 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

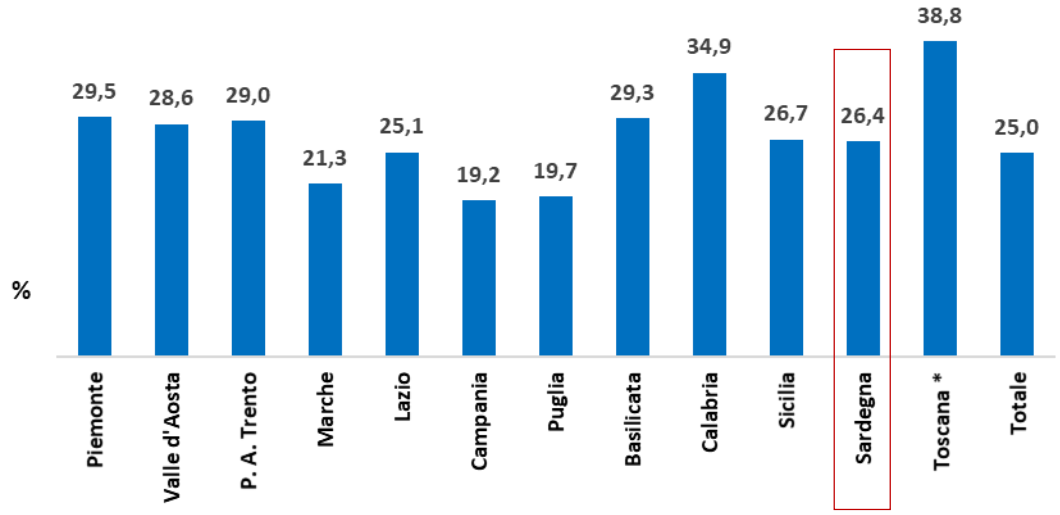


(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 al 75,5%), la quota che ha assunto acido folico in maniera appropriata aumenta di poco risultando pari al 26,4% (sovrapponibile alla media del 25,0% rilevata nelle 11 regioni).

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



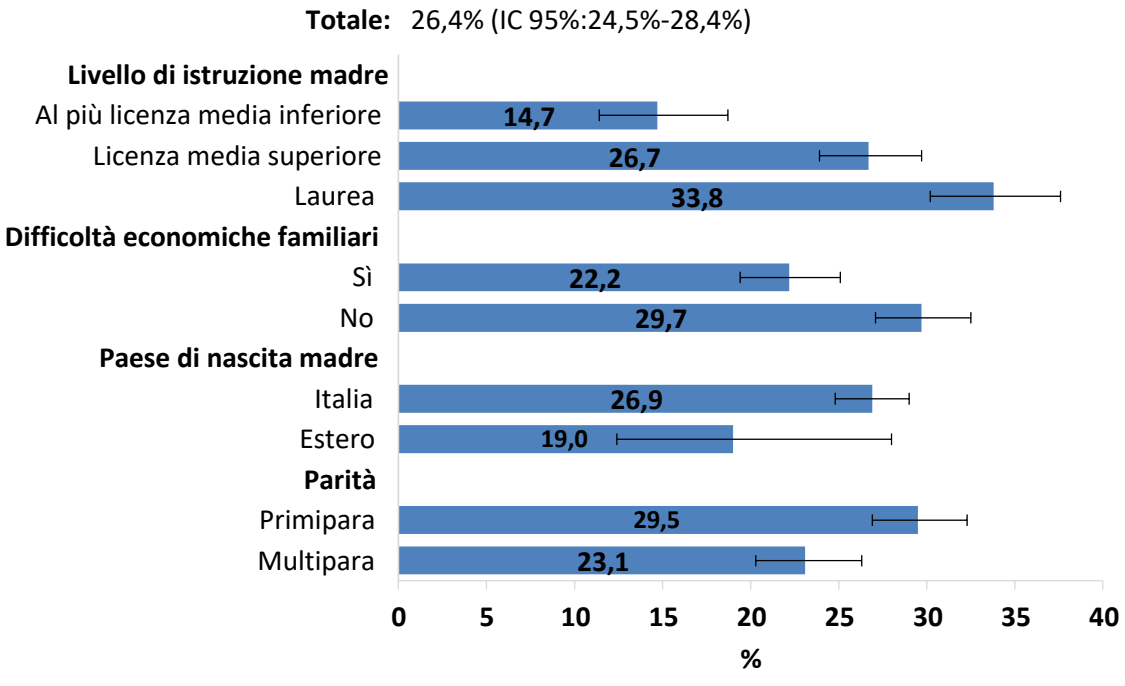
*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana
(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

Assunzione appropriata di acido folico: differenze socio-economiche

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

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

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



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

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Sardegna la quota di mamme che ha assunto acido folico in maniera appropriata in occasione della gravidanza è risultata contenuta: poco più di una mamma su 4 (26,4%) ha dichiarato di aver assunto l'acido folico efficacemente tra quelle che hanno programmato o non escluso la gravidanza, quota sovrapponibile a quella media registrata nelle 11 regioni. 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.

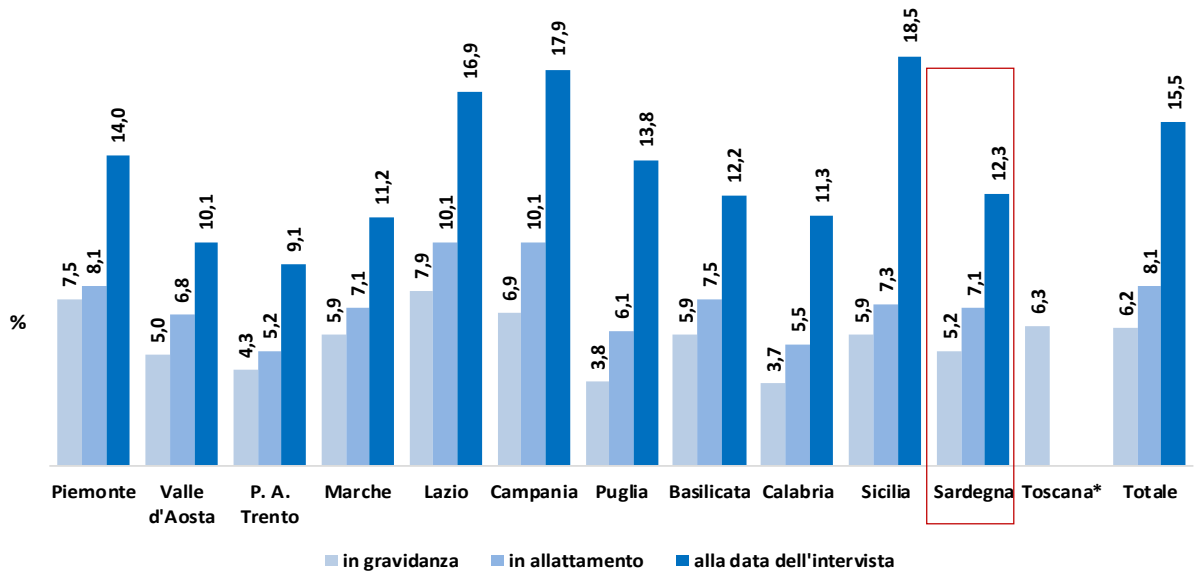
Consumo di tabacco

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?

In Sardegna il 5,2% 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 al 12,3% (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



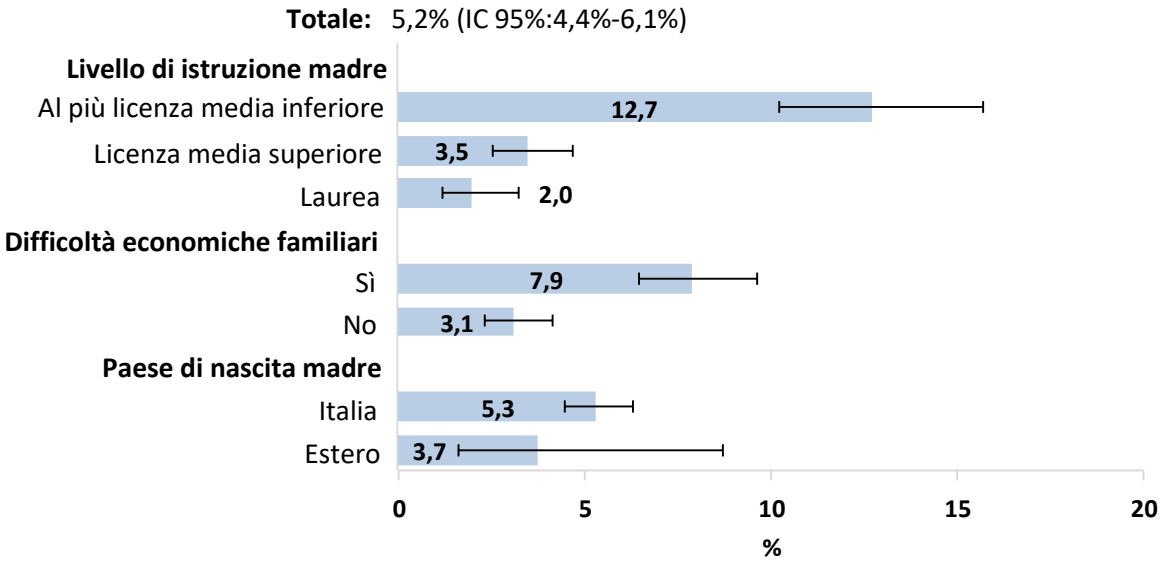
*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

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.

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

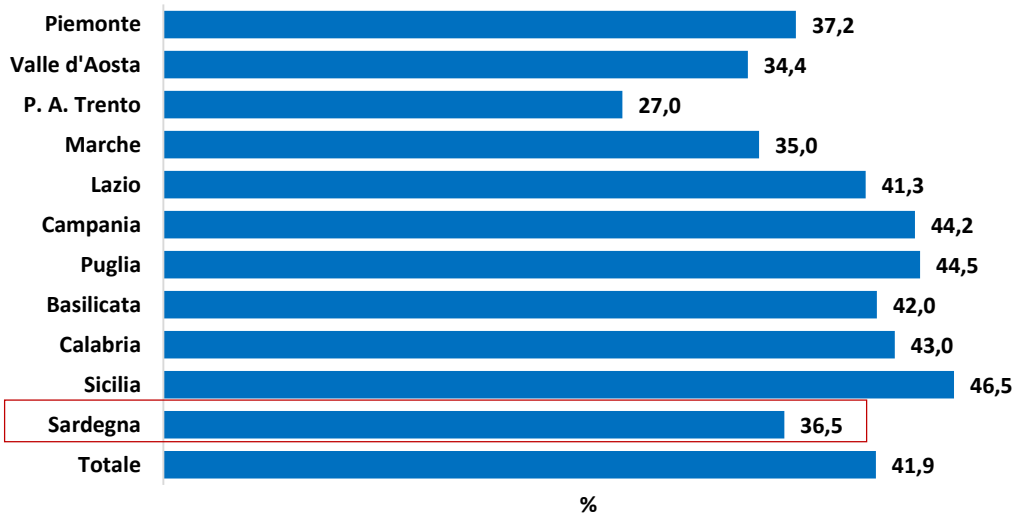


Dall'analisi multivariata (condotta mediante un modello di regressione logistica in cui sono stati analizzati assieme tutti i fattori considerati più le variabili età materna e parità) sono risultate statisticamente significative le associazioni del fumo in gravidanza con il livello di istruzione e la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

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 36,5% (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 24,9% se almeno uno dei due genitori risulta laureato, mentre sale al 54,9% 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 in Sardegna è risultata caratterizzata da livelli sovrapponibili a quelli medi registrati nelle 11 regioni, interessando rispettivamente il 5,2% delle mamme durante la gravidanza e il 7,1% delle mamme allattanti. Risulta inoltre necessario continuare a sensibilizzare la popolazione sul pericolo dell'esposizione dei bambini al fumo passivo (per il 36,5% dei bambini della Regione è stata rilevata la presenza di almeno un genitore o altro convivente fumatore).

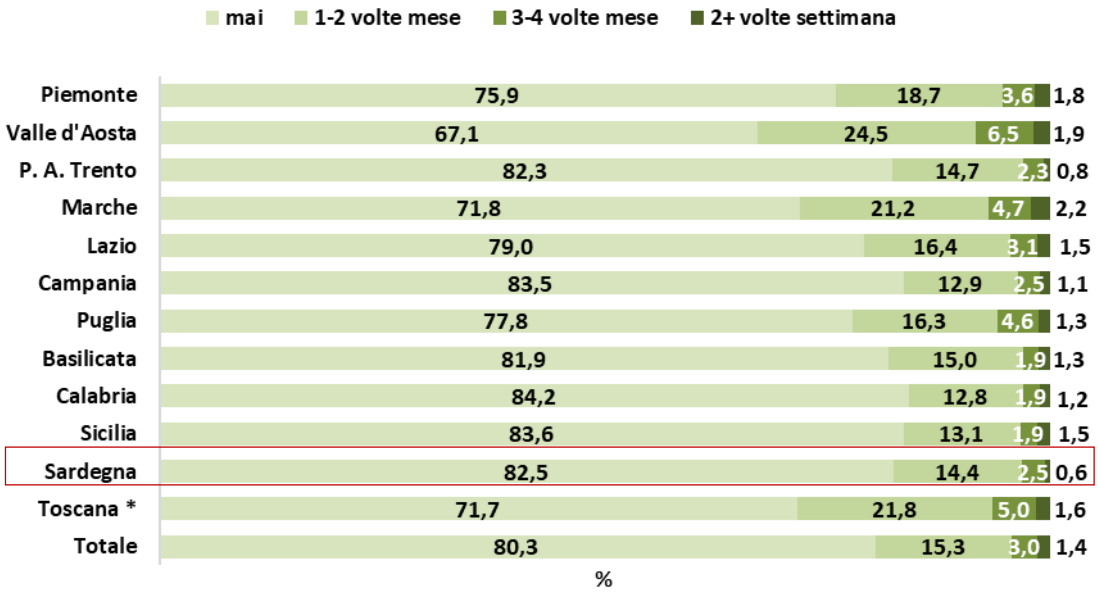
Consumo di bevande alcoliche

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

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

In Sardegna il 17,5% delle mamme ha consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza (valore significativamente inferiore alla media del 19,7% nelle 11 regioni partecipanti alla Sorveglianza). La percentuale si riduce se si considerano soltanto le frequenze di consumo più elevate: il 2,5% ha dichiarato di aver assunto alcol 3-4 volte al mese e lo 0,6% 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

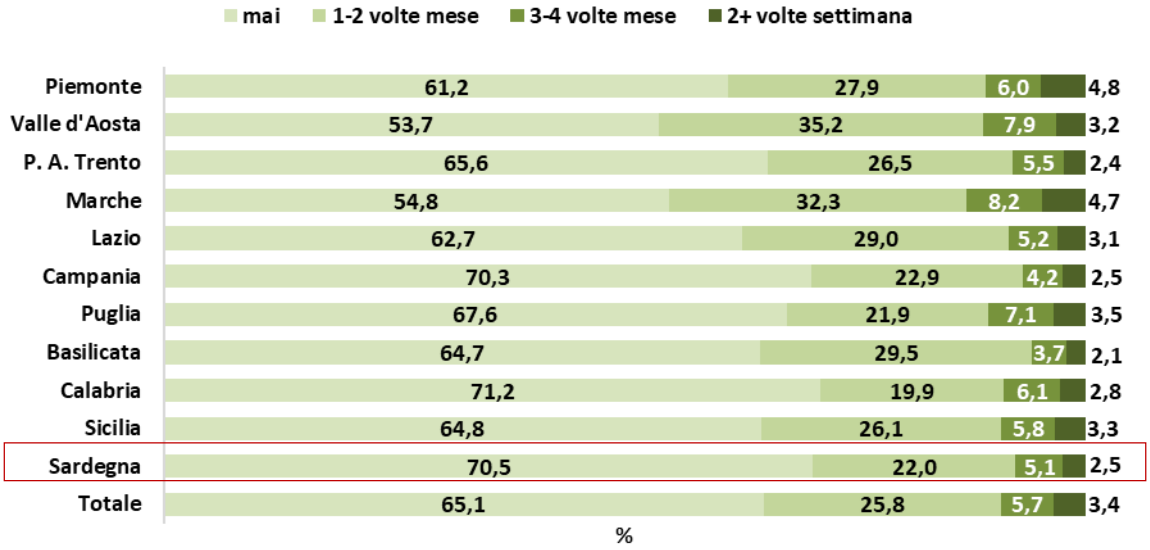


*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

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 4,3% delle mamme (le prevalenze variano tra l'1,6% e il 9,5% nelle 11 regioni).

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

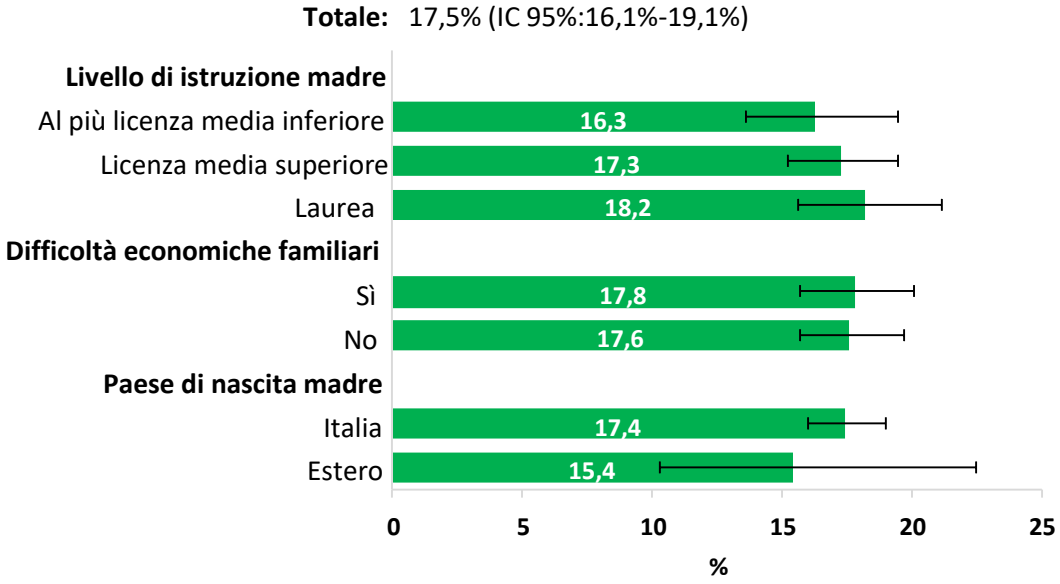
Figura 8. Consumo di bevande alcoliche in allattamento



Consumo di bevande alcoliche in gravidanza: differenze socio-economiche

Analizzando la diffusione del consumo di bevande alcoliche in gravidanza (con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) tra le mamme della 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 9. Mamme che hanno consumato alcol in gravidanza con periodicità di almeno 1-2 volte al mese per variabili socio-economiche – Sardegna



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 consumo di alcol in gravidanza con le tre variabili.

Conclusioni

Come nelle altre regioni partecipanti alla Sorveglianza, le prevalenze di mamme che in Sardegna hanno assunto alcol durante la gravidanza (pari al 17,5%, con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) e in allattamento (pari al 29,5%, con una frequenza di almeno 1-2 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista), seppur significativamente inferiori alle quote rilevate nel pool di regioni, confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta alle donne e ai loro partner sul rischio per la salute dei bambini.

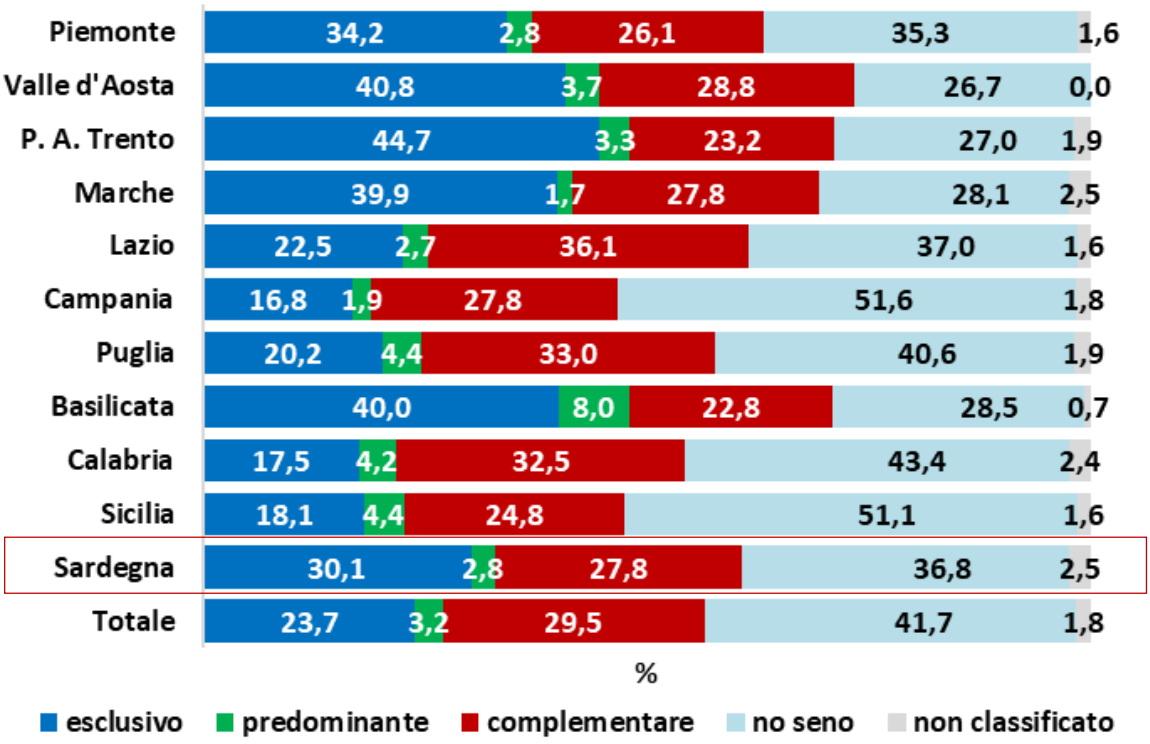
Allattamento

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

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

In Sardegna la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 30,1% (discostandosi significativamente dalla media del 23,7% nelle 11 regioni), mentre un 36,8% 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)

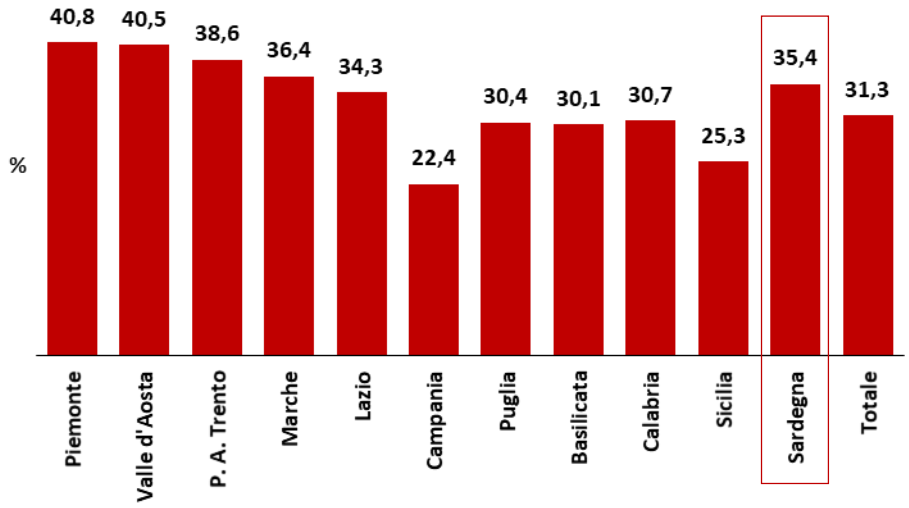


(*) La variabile "Tipologia di allattamento" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 35,4% (non discostandosi significativamente dalla media del 31,3% nelle 11 regioni).

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



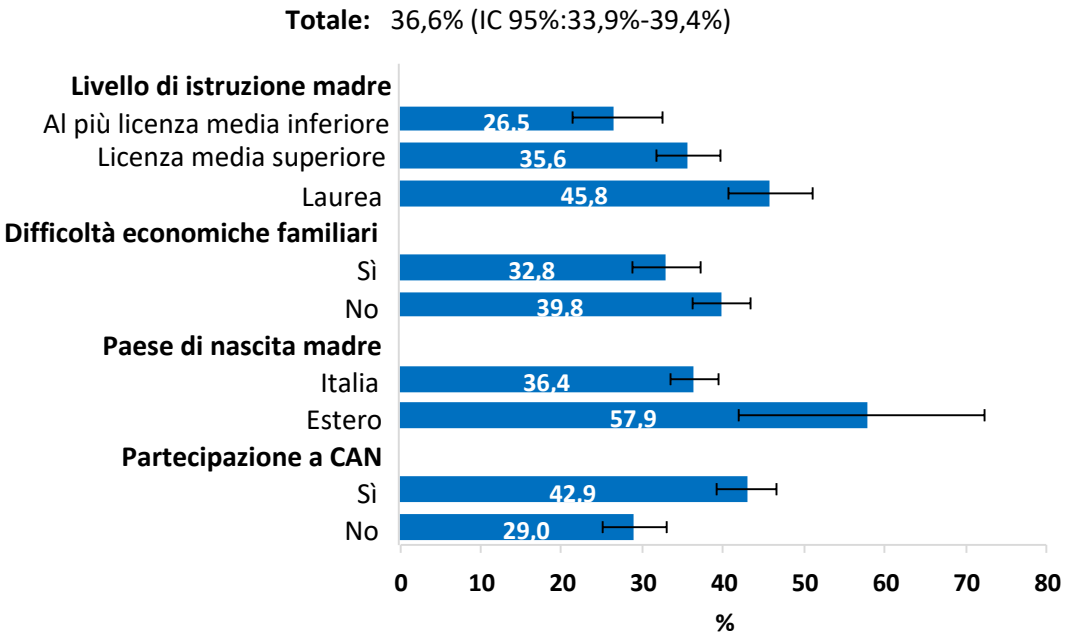
La quota di bambini che non hanno mai ricevuto latte materno è risultata invece pari all'8,2% (le prevalenze variano tra 5,0% e 18,4% nelle 11 regioni).

Allattamento esclusivo: differenze socio-economiche

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

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

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



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

Conclusioni

In Sardegna sono state rilevate prevalenze di allattamento più elevate rispetto alle medie registrate nelle 11 regioni. Tuttavia, rispetto alle raccomandazioni generali dell'OMS, solo 3 bambini su 10 nella fascia d'età 4-5 mesi sono risultati allattati in maniera esclusiva e solo poco più di un terzo (35,4%) dei bambini tra 12 e 15 mesi assume 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.

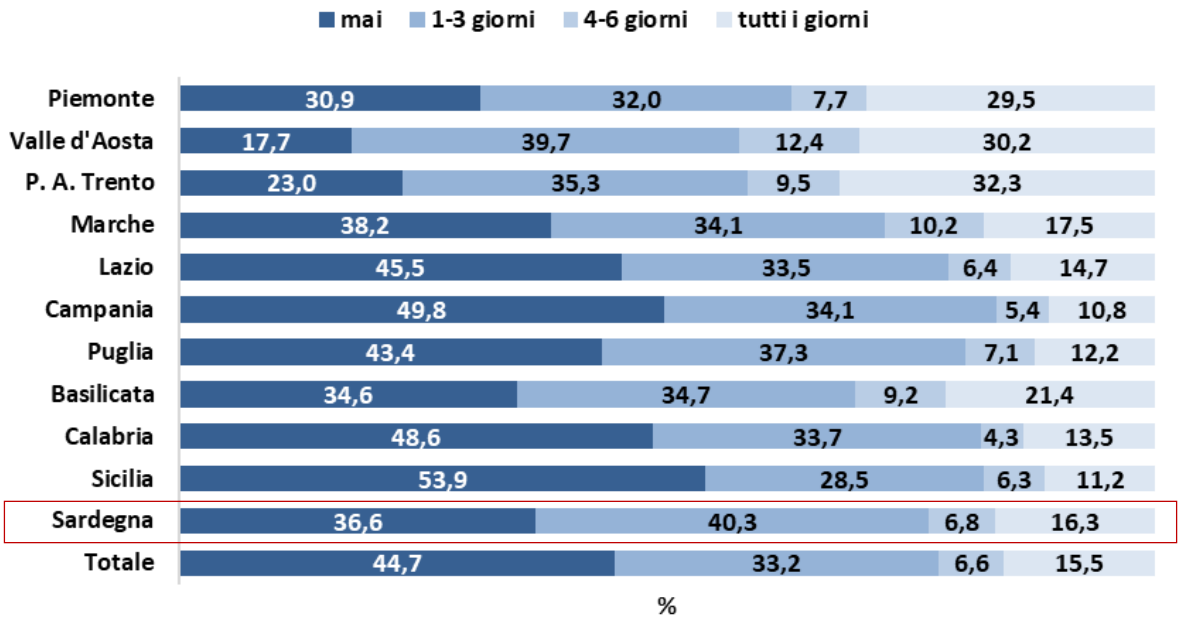
Lettura precoce in famiglia

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

Quanto è diffusa la lettura di libri al bambino?

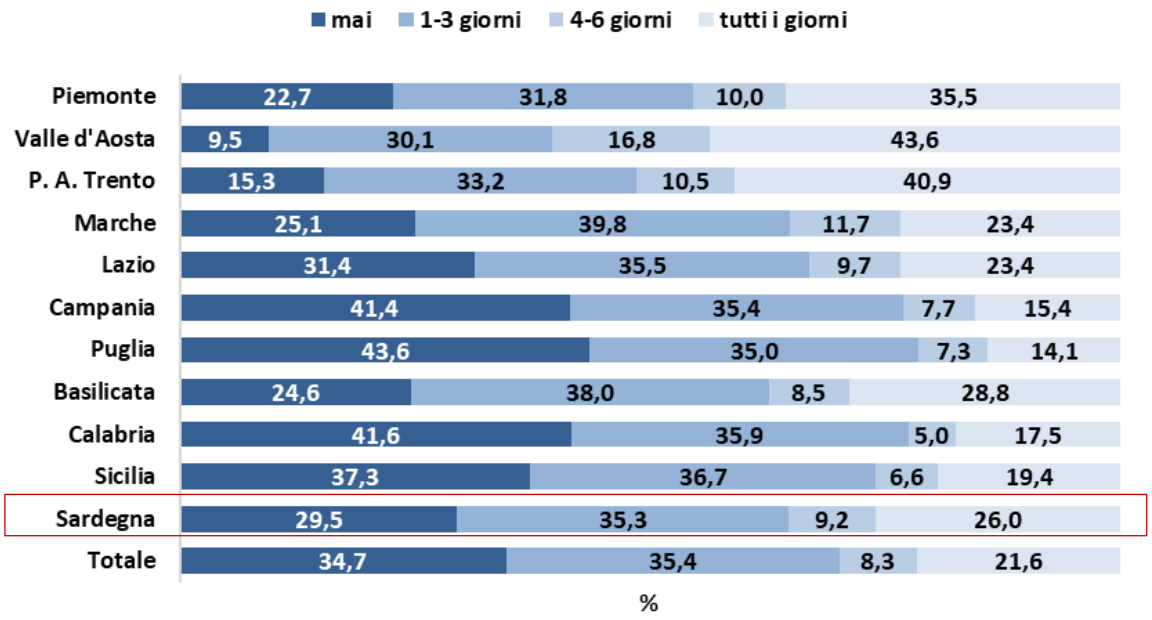
Nella settimana precedente l'intervista in Sardegna non è mai stato letto un libro al 36,6% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 16,3% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana (le due percentuali risultano pari rispettivamente a 44,7% 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 29,5% (34,7% nel pool di regioni), mentre sale a 26,0% 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



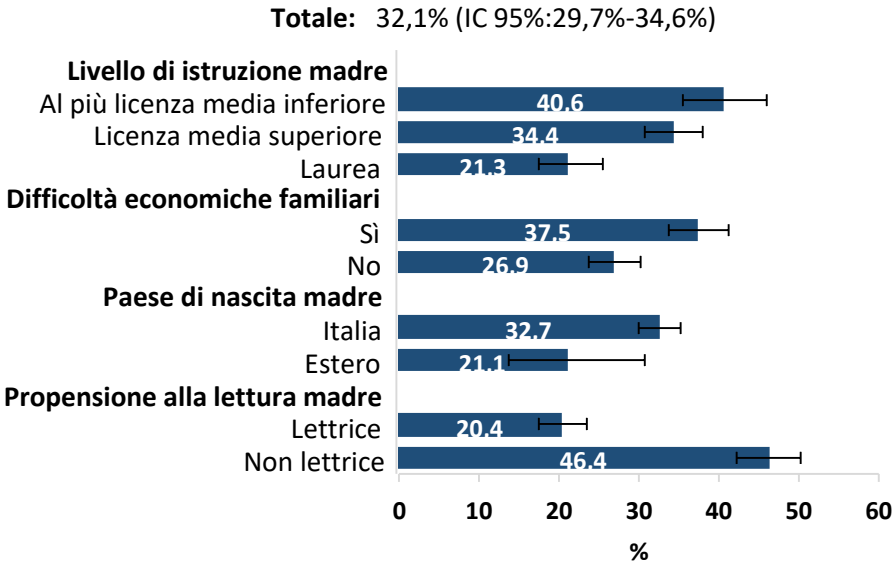
La quota di bambini a cui non sono stati letti libri nella Regione è risultata significativamente inferiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia nella fascia di età 6-12 mesi sia sopra i 12 mesi.

Lettura precoce: 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 in Italia,
- 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 – Sardegna



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

Conclusioni

In ogni occasione di contatto con gli operatori, i genitori e più in generale tutti gli adulti che si occupano dei bambini dovrebbero essere informati sull'importanza della lettura precoce in famiglia al fine di contribuire a migliorare lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino. In Sardegna, seppur sia stata rilevata una diffusione della lettura precoce significativamente maggiore rispetto alla media registrata nelle 11 regioni, sono risultati del tutto esclusi dall'esposizione alla lettura il 36,6% dei bambini tra 6 e 12 mesi e il 29,5% dei bambini sopra l'anno di età. Un ruolo importante in questa azione di promozione della salute, accanto agli operatori dei servizi socio-sanitari, deve essere svolto dagli operatori dei servizi educativi e culturali, a partire dalle biblioteche.

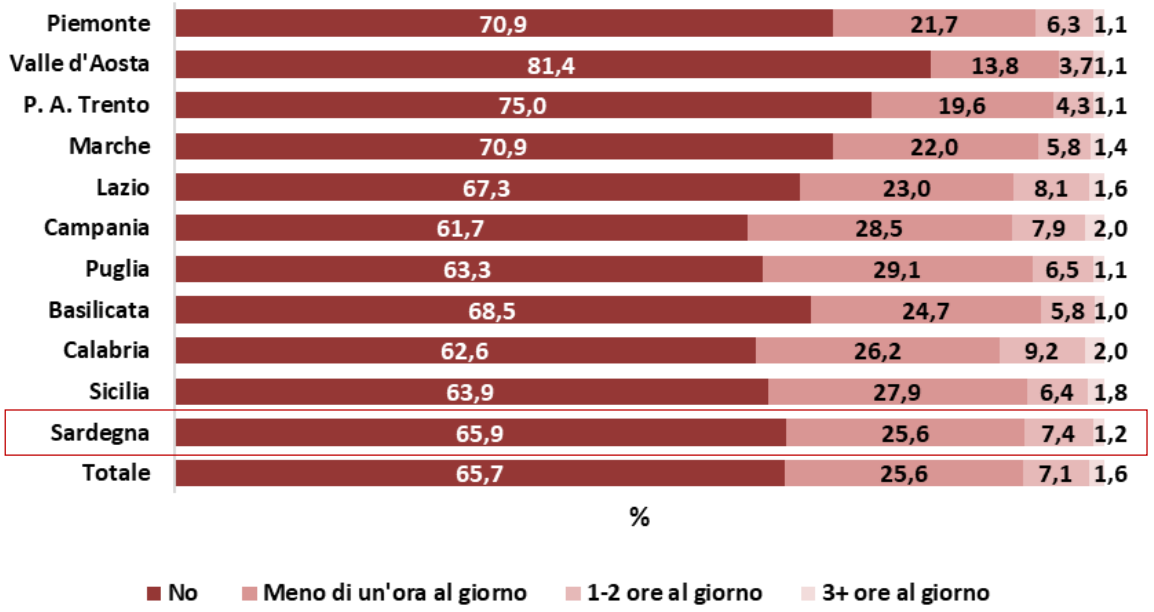
Esposizione a schermi

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

Quanti bambini vengono esposti a schermi e con che frequenza?

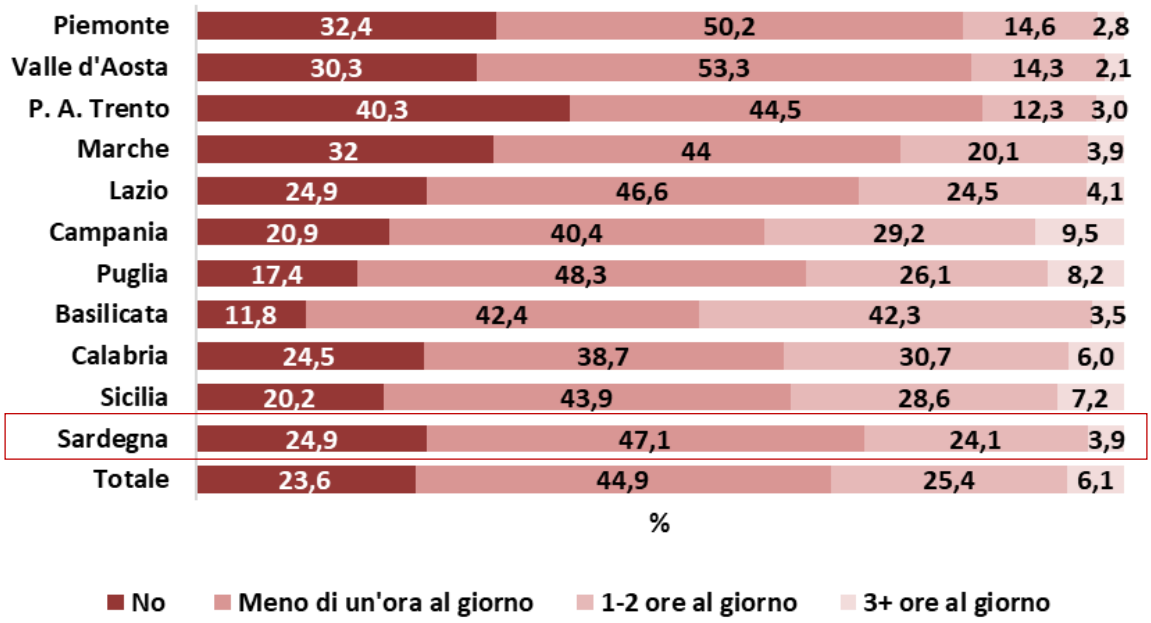
In Sardegna la quota di bambini posti davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari già nei primi mesi di vita (sotto i 6 mesi di età) è risultata pari al 34,1% (a fronte di una media nelle 11 regioni del 34,3%). La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo, ma l'8,6% 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 28,0% (31,5% nel pool di regioni), mentre la quota di quelli mai esposti è risultata pari al 24,9% (23,6% nelle 11 regioni).

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



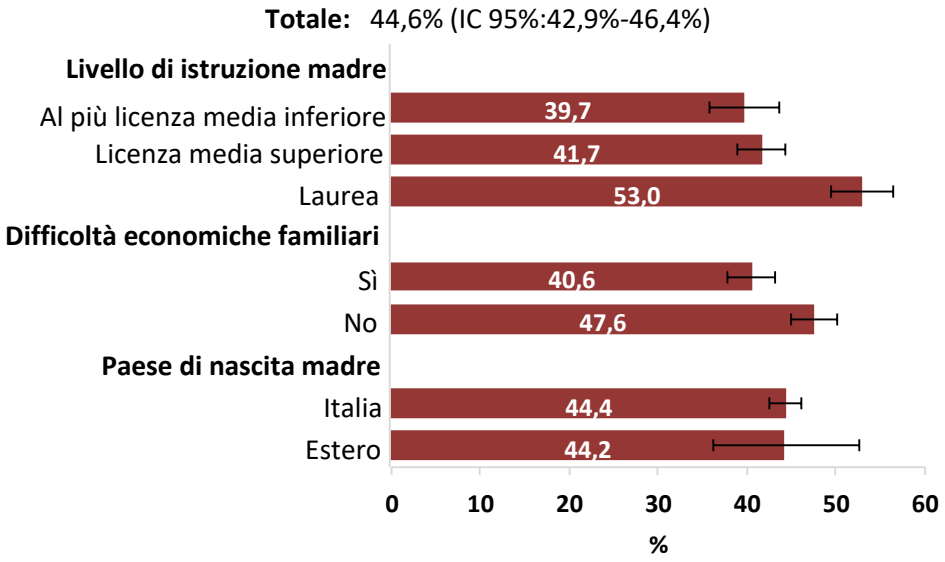
La quota di bambini non esposti a schermi nella Regione è risultata sovrapponibile alla media rilevata nelle 11 regioni, sia tra i bambini più piccoli sia tra i bambini sopra l'anno di età.

Esposizione a schermi: : differenze socio-economiche

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

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

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



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

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Sardegna l'esposizione a TV, computer, tablet o cellulari è risultata ampiamente diffusa, interessando il 34,1% dei bambini già nei primi mesi di vita (sotto i 6 mesi di età) e il 75,1% di quelli sopra i 12 mesi, con frequenze di esposizione giornaliere crescenti al crescere dell'età. I risultati evidenziano dunque la necessità di informare i genitori - e più in generale tutti gli adulti che si occupano del bambino - dei rischi derivanti dall'uso delle tecnologie audiovisive e digitali in età precoce. Un ruolo importante in questa azione preventiva può essere svolto dagli operatori socio-sanitari e dagli educatori che hanno frequenti contatti con i genitori e gli adulti di riferimento.

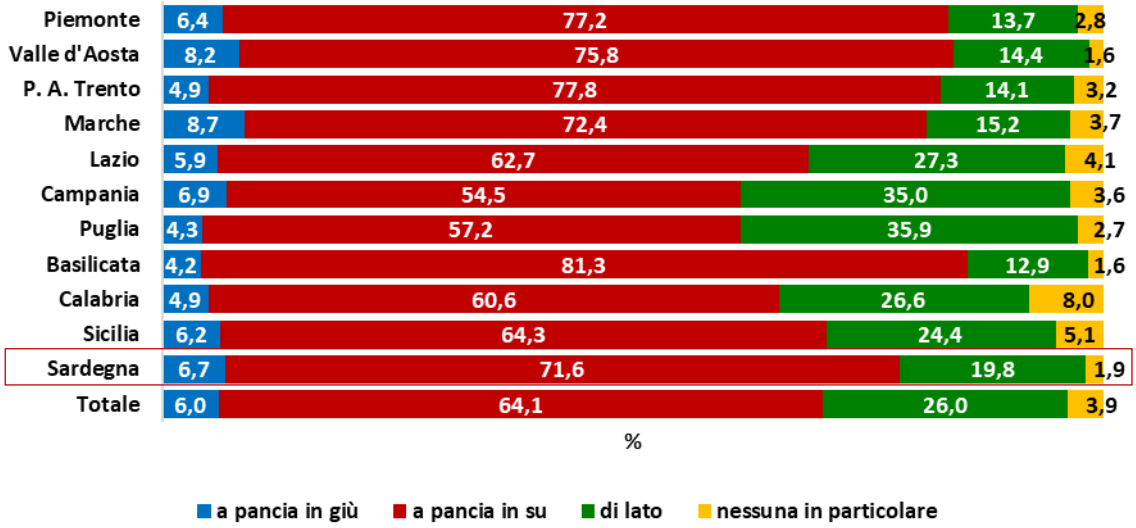
Posizione in culla

Secondo stime recenti la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) si manifesta con un'incidenza di 0,2 casi ogni 1000 nati vivi, rappresentando una delle principali cause di morte post neo-natale. Diversi interventi semplici ed efficaci sono stati individuati dalla ricerca scientifica al fine di ridurne 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 in Sardegna ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (71,6%, valore significativamnete 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 19,8% delle mamme (a fronte di una media del 26,0%).

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

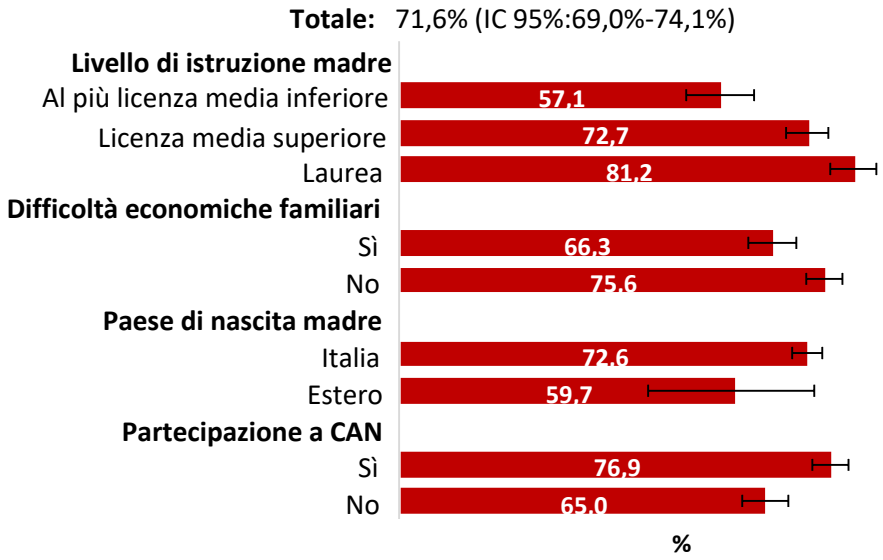


Posizione in culla: differenze socio-economiche

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 ad arrivare a fine mese,
- 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) – Sardegna



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 il livello di istruzione, confermando le relazioni individuate dalle prevalenze. Non ha trovato conferma la significatività statistica delle associazioni con la presenza/assenza di difficoltà economiche e la partecipazione a un CAN emersa dalle prevalenze.

Conclusioni

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

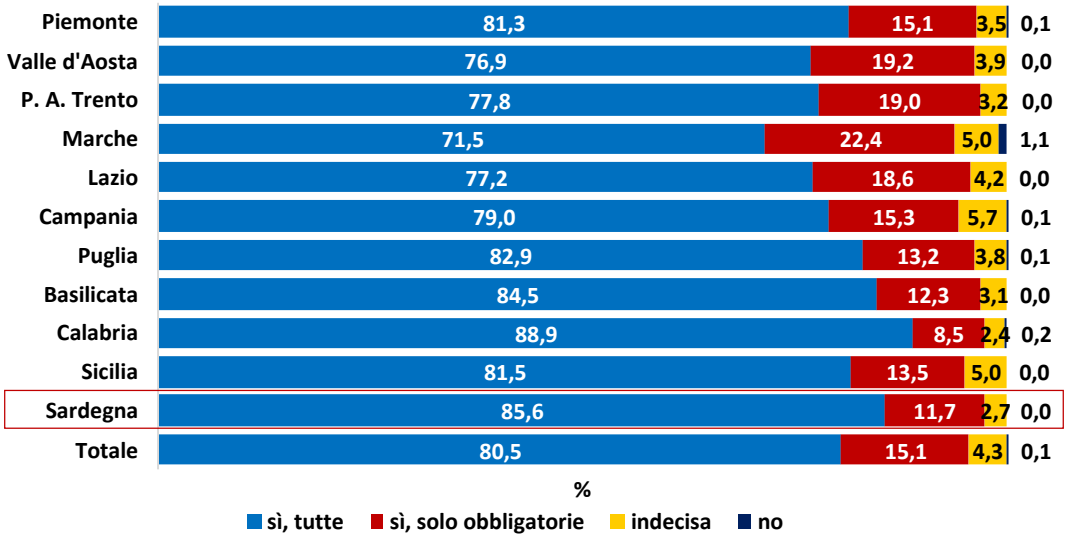
Vaccinazioni

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

Quali sono le intenzioni delle mamme riguardo alle future vaccinazioni?

L'85,6% delle mamme in Sardegna ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future, l'11,7% 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 2,7% (contro il 4,3% nelle 11 regioni).

Figura 21. Intenzioni riguardo alle vaccinazioni future



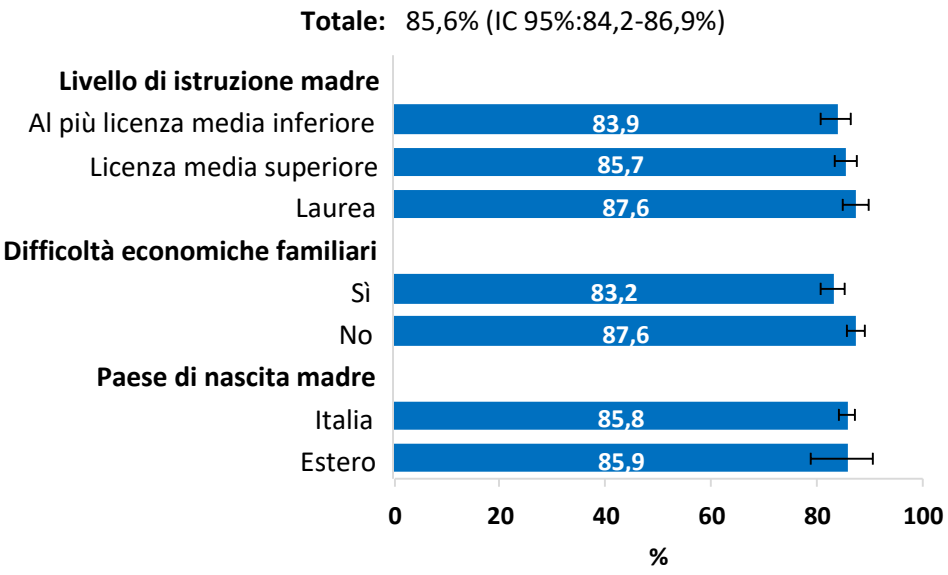
La quota di mamme intenzionate ad effettuare tutte le vaccinazioni future nella Regione è risultata significativamente superiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni.

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.

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



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 con le variabili considerate e dunque non ha trovato conferma la significatività dell'associazione delle intenzioni di effettuare tutte le vaccinazioni future con la presenza/assenza di difficoltà economiche emersa dalle prevalenze.

Conclusioni

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

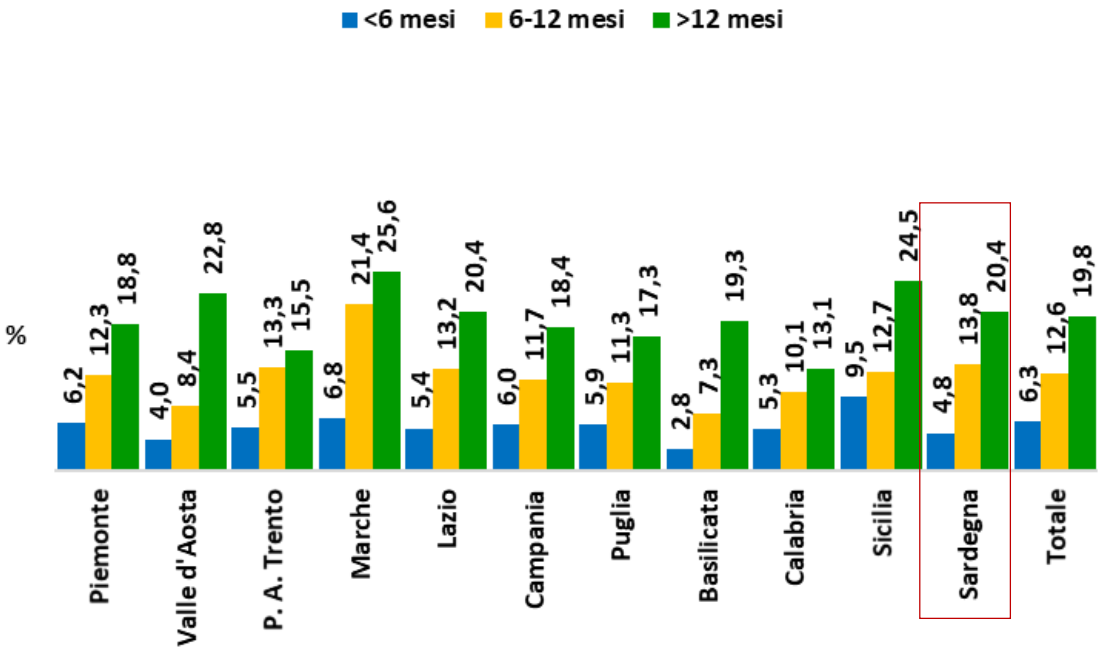
Incidenti domestici

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

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

In Sardegna 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 4,8% 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 20,4% tra le mamme di bambini sopra l'anno di età (19,8% nel pool di regioni).
Le prevalenze sono risultate sovrapponibili a quelle rilevate nel pool di regioni.

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

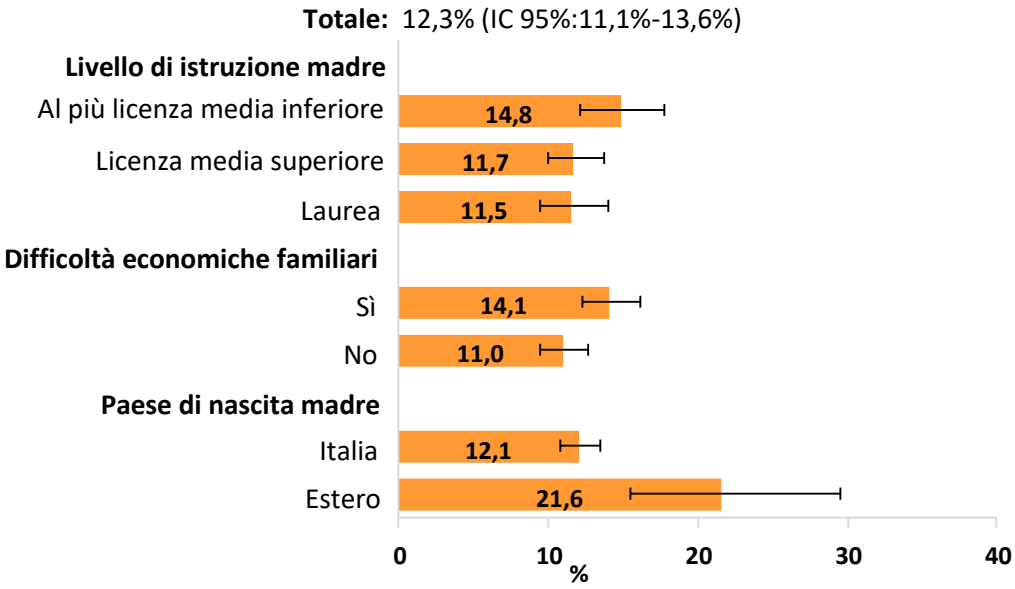


Incidenti domestici: differenze socio-economiche

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

- quelle che hanno riferito difficoltà economiche;
- le mamme nate all'estero.

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



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 ricorso a personale sanitario per incidente del bambino con la presenza/assenza di difficoltà economiche e il Paese di nascita, confermando le relazioni indviduate dalle prevalenze.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Sardegna il ricorso a personale sanitario per incidenti occorsi al bambino è risultato non trascurabile, interessando una mamma su 5 (20,4%) con bambini sopra i 12 mesi di età. La cultura della sicurezza passa attraverso una serie di accorgimenti (uso corretto del fasciatoio, attenzione alla temperatura dell'acqua del bagnetto, ecc.) di cui i genitori - e più in generale tutti gli adulti che si occupano del bambino - devono essere informati, così come è necessario che venga raccomandato loro di riorganizzare al meglio l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del bambino.

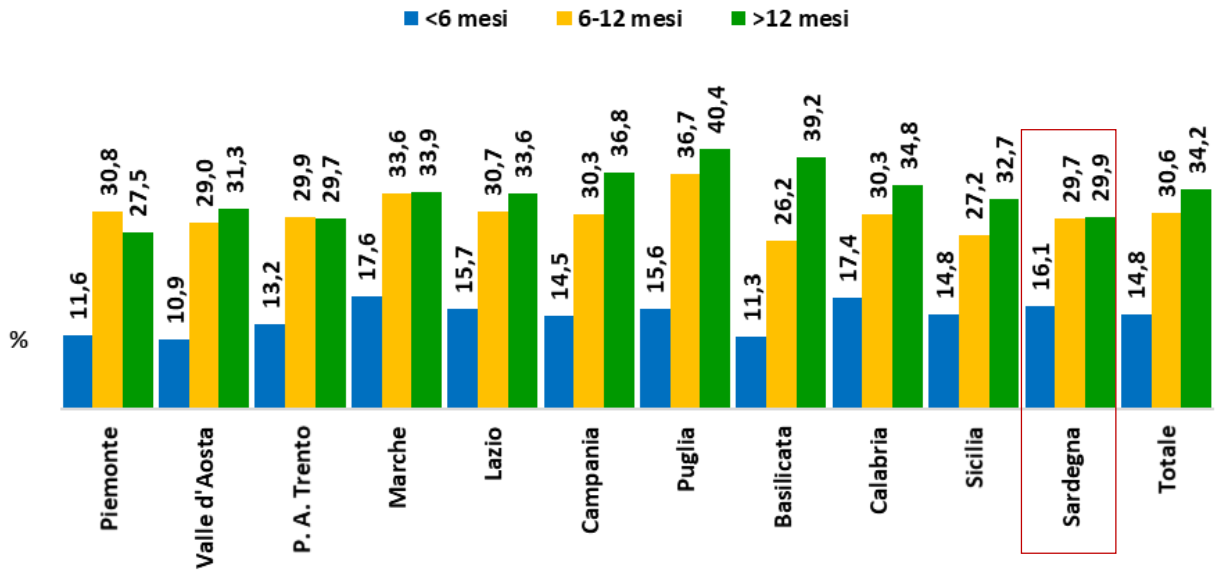
Uso del seggiolino

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

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

In Sardegna il 16,1% 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 29,7% tra le mamme di bambini di 6-12 mesi e al 29,9% sopra l'anno di età (rispettivamente 30,6% e 34,2% nel pool di regioni).
Le prevalenze sono risultate sovrapponibili a quelle rilevate nel pool di regioni, tranne nella fascia di età sopra i 12 mesi dove la prevalenza nella Regione è risultata significativamente inferiore rispetto a quella rilevata nel pool di regioni.

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

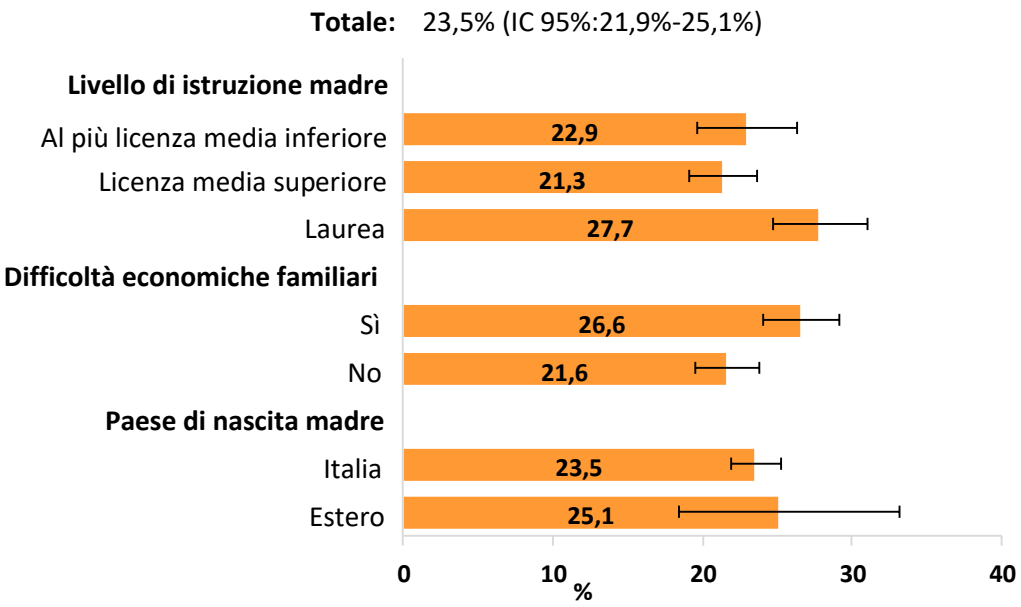


Difficoltà nell'uso del seggiolino: differenze socio-economiche

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

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

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



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

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Sardegna la diffusione delle difficoltà nell'uso del seggiolino riportate dalle mamme è risultata non trascurabile e crescente all'aumentare dell'età del bambino, arrivando a interessare circa 3 mamme su 10 con bambini di almeno 6 mesi di età. 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 stanieri residenti in Italia e superare le barriere linguistiche e culturali, la Sorveglianza cura la traduzione del questionario e dei materiali divulgativi in più lingue.

I risultati di interesse, emersi dall'analisi dei dati raccolti dalla Sorveglianza, sono restituiti ai professionisti che operano nell'intero Percorso Nascita (pediatri di famiglia, assistenti sanitari, medici, ostetriche e ginecologi territoriali, medici di medicina generale, pediatri e ginecologi ospedalieri, ostetriche e personale infermieristico dei Punti Nascita, personale dei consultori familiari) con l'obiettivo di fornire strumenti conoscitivi utili al miglioramento dei comportamenti a favore della salute nella popolazione 0-2 anni.

La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza è inoltre destinata ai decisori politici per orientare la programmazione socio-sanitaria a livello nazionale e regionale. I risultati del rapporto descrivono in Sardegna ambiti di miglioramento che riguardano, con diversa importanza, tutti i determinanti.

TABELLE

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	26,4 (24,5-28,4)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	14,7 (11,4-18,7)
Licenza media superiore	26,7 (23,9-29,7)
Laurea	33,8 (30,2-37,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	22,2 (19,4-25,1)
No	29,7 (27,1-32,5)
Paese di nascita madre	
Italia	26,9 (24,8-29,0)
Estero	19,0 (12,4-28,0)
Parità	
Primipara	29,5 (26,9-32,3)
Multipara	23,1 (20,3-26,3)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	5,2 (4,4-6,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	12,7 (10,2-15,7)
Licenza media superiore	3,5 (2,6-4,7)
Laurea	2,0 (1,2-3,2)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	7,9 (6,5-9,6)
No	3,1 (2,3-4,2)
Paese di nascita madre	
Italia	5,3 (4,5-6,3)
Estero	3,7 (1,6-8,7)

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	17,5 (16,1-19,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	16,3 (13,6-19,5)
Licenza media superiore	17,3 (15,2-19,5)
Laurea	18,2 (15,6-21,2)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	17,8 (15,7-20,1)
No	17,6 (15,7-19,7)
Paese di nascita madre	
Italia	17,4 (16,0-19,0)
Estero	15,4 (10,3-22,5)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	36,6 (33,9-39,4)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	26,5 (21,3-32,5)
Licenza media superiore	35,6 (31,7-39,6)
Laurea	45,8 (40,6-51,1)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	32,8 (28,7-37,1)
No	39,8 (36,2-43,5)
Paese di nascita madre	
Italia	36,4 (33,6-39,4)
Estero	57,9 (42,0-72,3)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	42,9 (39,1-46,7)
No	29 (25,2-33,1)

(*) 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	32,1 (29,7-34,6)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	40,6 (35,5-46,0)
Licenza media superiore	34,4 (30,8-38,2)
Laurea	21,3 (17,6-25,6)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	37,5 (33,9-41,3)
No	26,9 (23,8-30,3)
Paese di nascita madre	
Italia	32,7 (30,1-35,3)
Estero	21,1 (13,8-30,9)
Propensione alla lettura madre	
Lettrice (*)	20,4 (17,7-23,5)
Non lettrice	46,4 (42,4-50,4)

(*) 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	44,6 (42,9-46,4)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	39,7 (35,9-43,6)
Licenza media superiore	41,7 (39,0-44,3)
Laurea	53 (49,5-56,4)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	40,6 (37,9-43,3)
No	47,6 (45,1-50,1)
Paese di nascita madre	
Italia	44,4 (42,5-46,2)
Estero	44,2 (36,2-52,6)

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	71,6 (69,0-74,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	57,1 (50,8-63,1)
Licenza media superiore	72,7 (68,9-76,3)
Laurea	81,2 (76,7-85)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	66,3 (62,0-70,5)
No	75,6 (72,2-78,7)
Paese di nascita madre	
Italia	72,6 (69,9-75,2)
Estero	59,7 (44,1-73,6)
Partecipazione a CAN (*)	
Sì	76,9 (73,5-80,0)
No	65,0 (60,8-69,0)

(*) 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	85,6 (84,2-86,9)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	83,9 (80,7-86,6)
Licenza media superiore	85,7 (83,6-87,5)
Laurea	87,6 (85,1-89,8)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	83,2 (80,9-85,2)
No	87,6 (85,8-89,2)
Paese di nascita madre	
Italia	85,8 (84,4-87,2)
Estero	85,9 (79,1-90,7)

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	12,3 (11,1-13,6)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	14,8 (12,1-17,8)
Licenza media superiore	11,7 (10,0-13,7)
Laurea	11,5 (9,4-14,0)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	14,1 (12,2-16,2)
No	11,0 (9,5-12,7)
Paese di nascita madre	
Italia	12,1 (10,8-13,4)
Estero	21,6 (15,4-29,5)

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

Caratteristiche socio-demografiche	% (IC 95%)
Totale	23,5 (21,9-25,1)
Livello di istruzione madre	
Al più licenza media inferiore	22,9 (19,7-26,4)
Licenza media superiore	21,3 (19,1-23,7)
Laurea	27,7 (24,7-31,0)
Difficoltà economiche familiari	
Sì	26,6 (24,1-29,2)
No	21,6 (19,5-23,8)
Paese di nascita madre	
Italia	23,5 (21,9-25,3)
Estero	25,1 (18,5-33,1)

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/ecd.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. *Lance*t 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 JMed* 1999;341(20):1509-19.
10. Czeizel AE, Dudás I, Métneki 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, Abenhaim HA. Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol* 2013;30(10):821-826.
13. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2011;127(4):734-741.
14. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et. al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011;377(9760):139-146.
15. Sbrogiò L, Tamburlini G, Allegri F. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita. In Speri L, Brunelli M (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009; 69-77.
16. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. *http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669524*
17. Samet JM, Sockrider M. Secondhand smoke exposure: Effects in children *https://www.uptodate.com/contents/secondhand-smoke-exposure-effects-in-children*
18. Rodriguez D. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate *https://www.uptodate.com/contents/cigarette-and-tobacco-products-in-pregnancy-impact-on-pregnancy-and-the-neonate*

Consumo di bevande alcoliche

1. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Vol 65; 2018.
2. Roozen S, Peters GJY, Kok G, et al. Systematic literature review on which maternal alcohol behaviours are related to fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *BMJ Open* 2018;8(12).
3. Dumas A, Toutain S, Simmat-Durand L. Alcohol Use During Pregnancy or Breastfeeding: A National Survey in France. *J Womens Health (Larchmt)* 2017; 26:7.
4. Gupta KK, Gupta VK and Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome—Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016:40:1594–602.
5. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168–73.
6. Riscica P, Moino G, Piivesan G et al. Proteggi il bambino dall'esposizione a bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento. In Speri L, Brunelli M (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009, *http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu%20ALCOL.pdf*
7. BMA. Alcohol and Pregnancy - Preventing and Managing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *https://www.bma.org.uk/what-we-do/population-health/drivers-of-ill-health/alcohol-and-pregnancy-preventing-and-managing-fetal-alcohol-spectrum-disorders*
8. Gupta KK, Gupta VK, Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome—Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40(8):1594-1602.
9. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. Birth *Defects Res Part C - Embryo Today Rev* 2016;108(2):174-180.
10. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol Use in Pregnancy. *https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/alcohol-use.html*
11. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114(2):168-173.
12. May PA, Hasken JM, Blankenship J, et al. Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders. *Reprod Toxicol* 2016;63:13-21.
13. Cook JL, Green CR, Lilley CM et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Can Med Assoc J* 2016;188(3):191-197.
14. Roozen S, Black D, Peters G-JY, et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): an Approach to Effective Prevention. *Curr Dev Disord reports* 2016;3(4):229-234.
15. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2016;138(2):e20154256.
16. Pichini S, Palmi I, Zuccaro P, Pacifici R, Tarani L, Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Fumo Alcol e Droga. Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto – alcolici, 2010. *http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1620_allegato.pdf*

Allattamento

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

9. Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A, Commission E. Alimentazione Dei Lattanti e Dei Bambini Fino a Tre Anni: Raccomandazioni Standard per l'Unione Europea, 2006, *http://www.aicpam.org/wp-content/uploads/2011/07/eupolicy06it.pdf*
10. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2005;115(2):496-506. doi:10.1542/peds.2004-2491.
11. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-e841
12. Horta BL, Victora CG Long-Term Effects of Breastfeeding. Vol 129. *http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198630*
13. UNICEF. Standard per Le Buone Pratiche per Gli Ospedali, 2012, *https://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFHI_2mag12_1.pdf*
14. UNICEF. Infant and young child feeding, *https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding*
15. WHO - World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants, *https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/*.
16. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action, 2004 *http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm*
17. UNICEF Italia. Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento al seno, *https://www.unicef.it/doc/151/dichiarazione-degli-innocenti-sulla-protezione-la-promozione-e-il-sostegno-allallattamento-al-seno.htm.*
18. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Defintions. 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/.*

Lettura precoce 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 attachement security in becoming literate. *Reading Research Quaterly* 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, Vijakkhana 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=dadossier&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=giocattoli.*
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_modo_sicuro.
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.*