



Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni



Sintesi dei risultati
Edizione 2025

Premessa

La piena espressione delle potenzialità delle bambine e dei bambini, nell'immediato e per il futuro, è favorita da condizioni positive che vengono a crearsi già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, attraverso l'azione sinergica di fattori genetici, psicologici, comportamentali, ambientali e socio-economici. OMS e UNICEF hanno fornito raccomandazioni per definire politiche che favoriscano lo sviluppo delle bambine e dei bambini (*Early Child Development-ECD*) tramite programmi in età precoce (*Early Intervention - EI*) con riferimento al *Nurturing Care Framework*.

Nell'ambito della definizione di politiche per la tutela e la promozione della salute, i sistemi di sorveglianza di popolazione rappresentano uno strumento strategico a sostegno di azioni con un approccio di salute pubblica.

Il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino – Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni - rientra tra le sorveglianze di rilevanza nazionale incluse nel DPCM del 3 marzo 2017 ed è promosso dal Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzato in collaborazione con le Regioni e Province Autonome.

Sviluppata valorizzando l'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù e adottandone l'approccio olistico, la Sorveglianza si propone di promuovere e sostenere la produzione di conoscenza utile alla formazione continua dei/delle professionisti/e socio-sanitari/e, all'*empowerment* delle famiglie e delle comunità, nonché all'orientamento della programmazione di azioni con un approccio intersettoriale e multiprofessionale nell'area dei primi 1000 giorni di vita.

La Sorveglianza, giunta alla sua terza edizione, nella raccolta dati del 2025 ha visto coinvolte tutte le Regioni e Province Autonome ad esclusione della Toscana la cui partecipazione è in corso di definizione.

In questa edizione, la quasi totalità degli indicatori analizzati mostra un miglioramento rispetto alla rilevazione del 2022. Pur permanendo valori ancora distanti dagli standard attesi, è rilevante evidenziare il *trend* in miglioramento. Il monitoraggio garantito dalla Sorveglianza rappresenta uno strumento unico e strategico per orientare le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica.

I risultati di interesse, emersi dall'analisi dei dati, sono restituiti ai/alle professionisti/e che in vari contesti si occupano della salute delle bambine e dei bambini fin da prima della nascita.

Cenni metodologici e tematiche indagate

La finalità della Sorveglianza è di raccogliere informazioni su alcuni determinanti di salute del/della bambino/a dal periodo che precede il concepimento ai 2 anni di vita, per produrre indicatori a livello regionale o aziendale, richiesti dall'OMS e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, su comportamenti protettivi o a rischio per la salute dei/delle bambini/e, consentendo confronti territoriali e intertemporali.

L'indagine è di tipo campionario, condotta presso i centri vaccinali delle Regioni e Province Autonome partecipanti. Le madri di bambini/e di 0-2 anni vengono arruolate, nel periodo programmato per la raccolta dati, presso i centri vaccinali dove sono invitate a compilare un questionario – disponibile in 12 lingue - in occasione dei seguenti appuntamenti vaccinali: 1^a, 2^a e 3^a dose DTP-esavalente e 1^a dose MPRV¹.

Le tematiche indagate sono: l'assunzione di acido folico in epoca periconcezionale, l'uso di tabacco/altri prodotti e il consumo di bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, l'allattamento, la posizione in culla, la sicurezza in casa e in auto, la lettura in famiglia, l'esposizione a schermi e l'intenzione vaccinale. Inoltre, vengono rilevate le caratteristiche demografiche e socioeconomiche e l'accesso ai servizi che consentono di cogliere disuguaglianze sociali e geografiche.

Figura 1 - Determinanti indagati

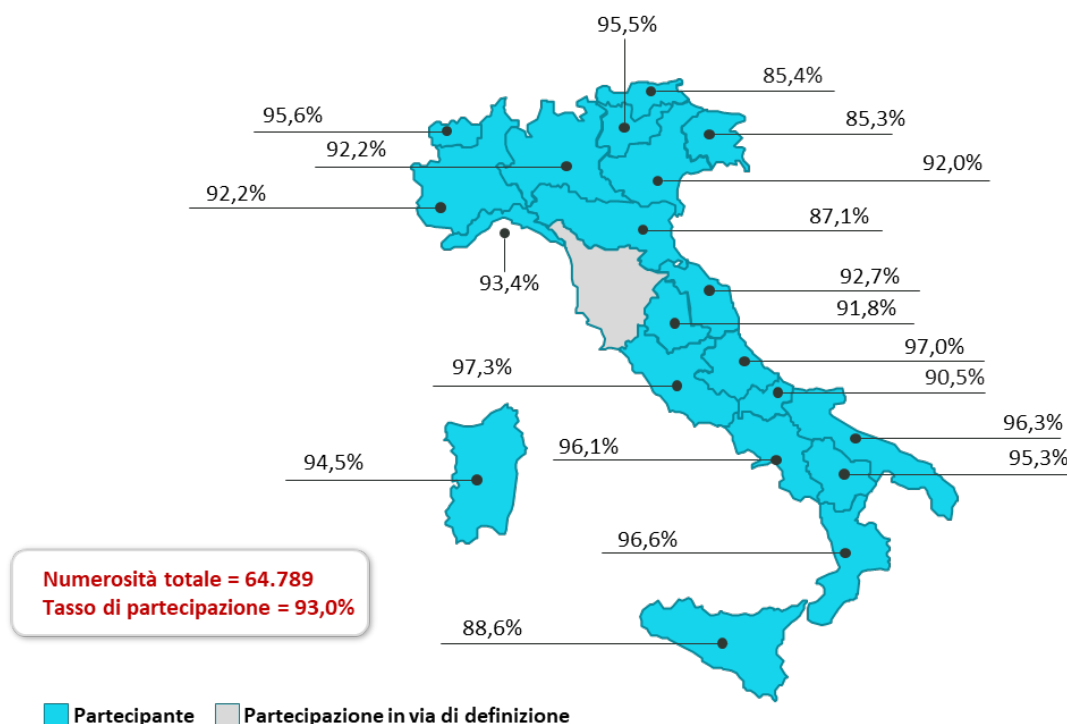


¹ Pizzi E, Salvatore MA, Tommasella M, Andreozzi S, Donati S. (ed). *Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: raccolta dati 2022. Not Ist Super Sanità 2025 Suppl 38 (1):1-52*

La rispondenza e le caratteristiche del campione

Tra luglio 2025 e gennaio 2026 sono state intervistate 64.789 madri, con un tasso di partecipazione del 93% (range regionale 85,3% - 97,3%) (Figura 2).

Figura 2 – Tasso di partecipazione per Regione



Come riportato nella figura 3, il 44,3% delle madri ha un'età ≥ 35 anni, l'88,7% ha la cittadinanza italiana, la maggior parte ha un livello di istruzione medio (43,4%) o alto (42,7%). Il 69,2% non riferisce difficoltà economiche; sono più rappresentate le primipare (54,9%) rispetto alle multipare. Il 53,3% delle madri vive nel Nord Italia, il 9,5% nel Centro e il 37,3% nel Sud, percentuali che riflettono anche le scelte sulla rappresentatività campionaria (regionale vs aziendale). Il 2,9% delle madri dichiara di essere single. Complessivamente, 7 madri su 10 hanno partecipato agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) con una grande variabilità regionale.

Figura 3. Caratteristiche demografiche e socioeconomiche del campione (%)

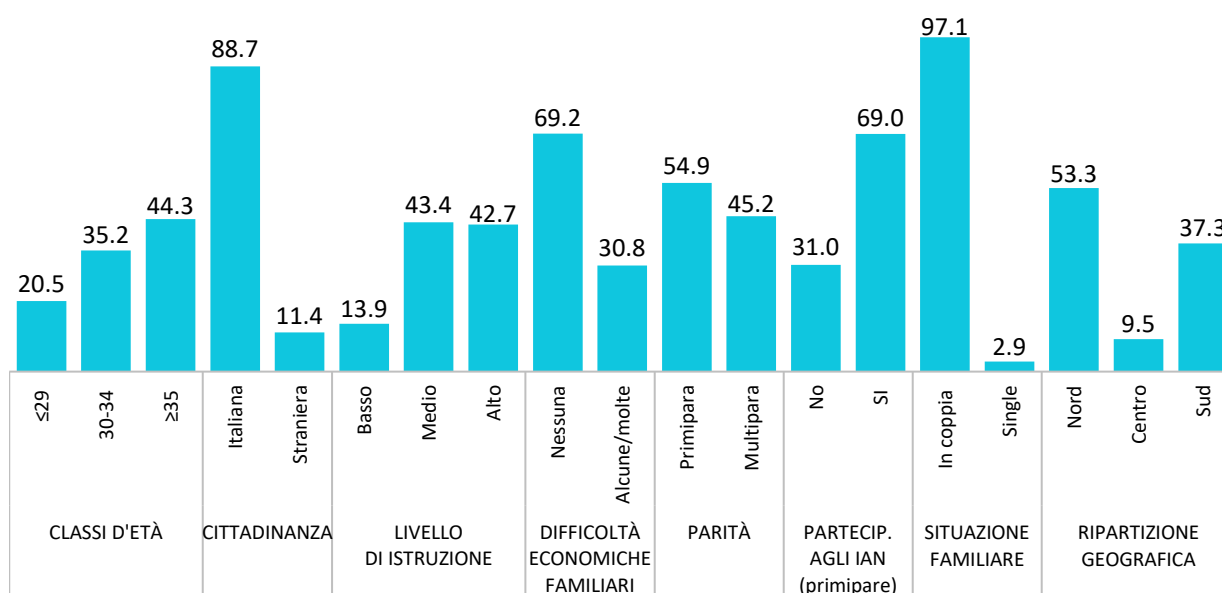


Figura 4. Madri che hanno ricevuto la visita domiciliare dopo il parto per Regione (%)

Nel pool di Regioni, il 18,3% delle madri riferisce di aver ricevuto una visita domiciliare dopo il parto, il 52,6% delle quali sono state effettuate dal personale del Consultorio Familiare. Il 4,5% delle madri non ha accettato la visita domiciliare proposta loro.

L'aver ricevuto una visita domiciliare è stato riportato più frequentemente nelle Regioni del Nord rispetto alle Regioni del Centro-Sud, con valori massimi nelle P.A. di Trento e di Bolzano (rispettivamente 60% e 50,8%) (Figura 4).

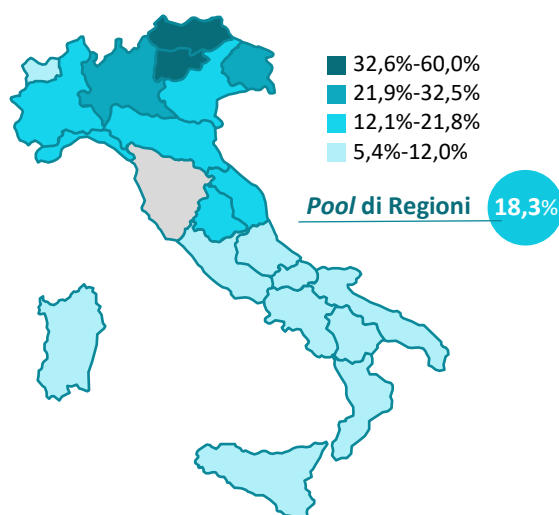
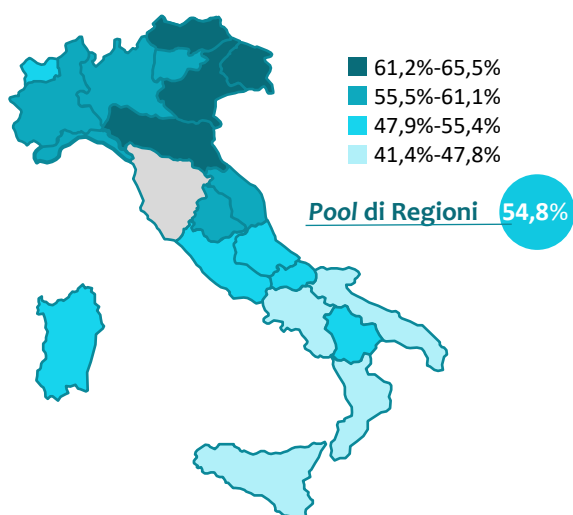


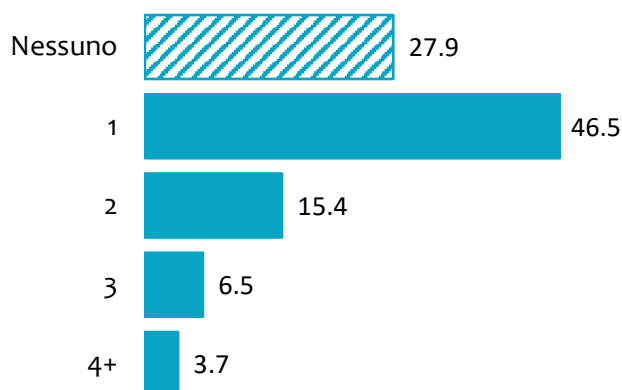
Figura 5. Padri che hanno usufruito dei 10 giorni di congedo previsti (dati riferiti dalle madri) (%)



In base a quanto riportato dalle madri, il 65,8% dei padri ha utilizzato il congedo di paternità (il 54,8% tutti i 10 giorni previsti, l'11% una parte) (Figura 5). Del 34,2% dei padri che non ne ha usufruito, il 19,9% non ne aveva diritto, il 5,3% riteneva fosse sufficiente la presenza della madre, il 4,7% temeva possibili conseguenze negative sul posto di lavoro e il 4,2% non sapeva di averne diritto.

La fruizione in toto del congedo paterno è stata riferita più frequentemente nelle Regioni del Centro-Nord rispetto alle Regioni del Sud (Figura 5).

Figura 6. Fattori di rischio ambientale percepiti (%)



L'86,9% delle madri dichiara che nell'area in cui vive o nelle vicinanze sono presenti parchi o giardini, mentre il 31,4% riferisce la presenza di fonti di inquinamento.

Il 72,1% delle madri dichiara di sentirsi esposta ad almeno un fattore di rischio ambientale (Figura 6). Tra questi, quello riferito con maggiore frequenza risulta essere il rumore (34,4%), seguito da inquinamento atmosferico (28,7%), maleodoranze (12,7%) ed eventi climatici estremi (10,1%). Con frequenze comprese tra il 5 e il 10%, le madri riferiscono di sentirsi esposte a terremoti, inquinamento delle acque o degli alimenti e alla presenza d'industrie pericolose (dati non riportati).

GLI INDICATORI

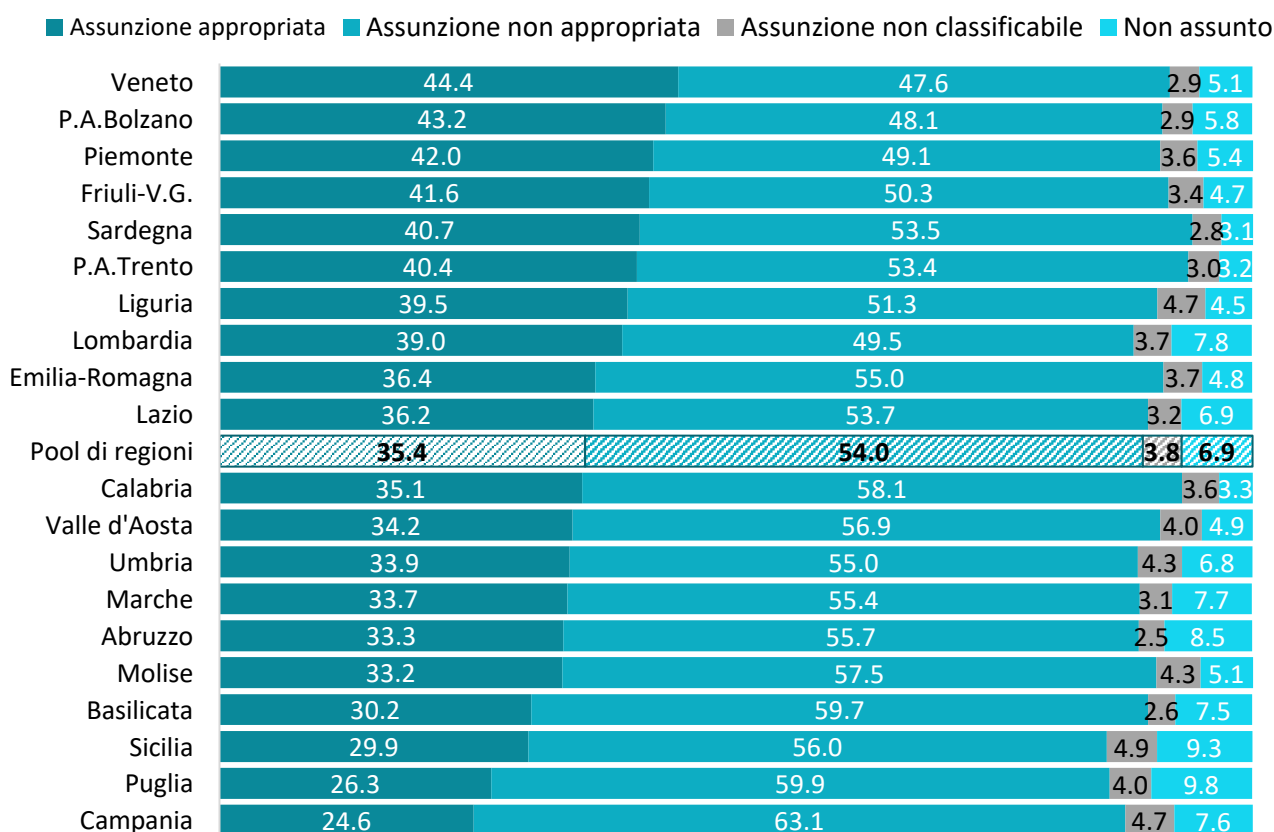
I principali risultati relativi ai determinanti indagati sono illustrati attraverso prevalenze calcolate sia per il *pool* di Regioni sia a livello regionale. Per la Valle d'Aosta, la Provincia Autonoma di Bolzano e il Molise, dove il numero di interviste effettuate è stato molto più basso rispetto alla numerosità stabilita in fase di disegno dello studio, le stime degli indicatori presentano livelli di precisione bassi e non sono state calcolate quando si restringono le analisi a specifiche fasce di età dei/delle bambini/e all'interno dell'età target 0-2 anni.

Assunzione di acido folico

È raccomandato che ogni donna che programma la gravidanza o che non ne esclude attivamente la possibilità assuma quotidianamente 0,4 mg di acido folico (vitamina B9). Questa supplementazione si è dimostrata efficace nel ridurre gravi malformazioni congenite se assunta da almeno un mese prima del concepimento fino alle 12 settimane gestazionali.

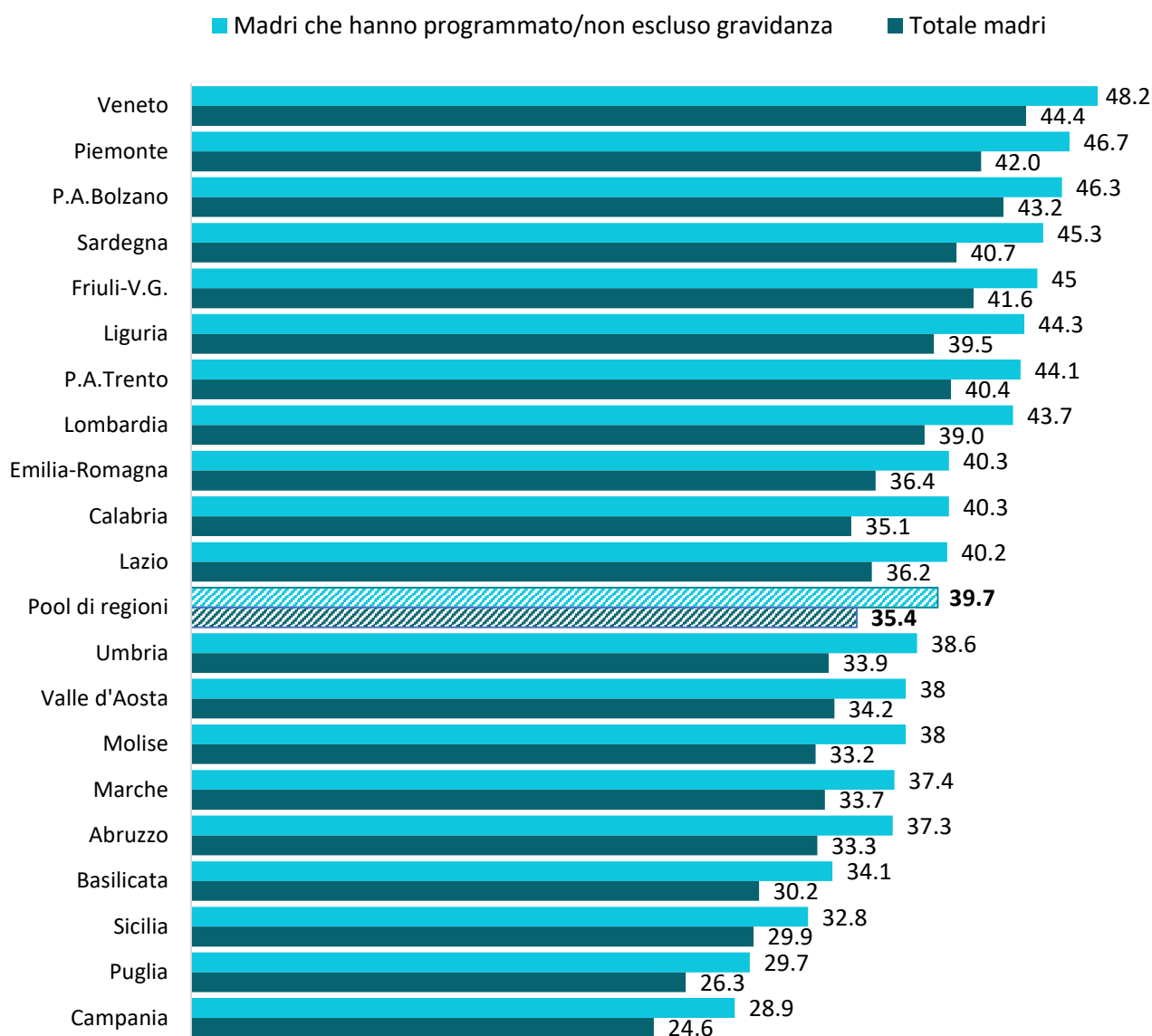
L'84,7% delle madri dichiara di aver programmato o non escluso attivamente la possibilità di una gravidanza con prevalenze che variano dal 78,1% in Campania al 90,8% nella P.A. di Bolzano (dati non riportati).

Assunzione di acido folico (%)



Nel *pool* di Regioni il 93,2% delle madri ha riferito di aver assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto il 35,4% lo ha fatto in maniera appropriata. La maggior parte delle donne ha assunto acido folico a gravidanza già iniziata, vanificandone l'effetto preventivo. L'assunzione appropriata presenta un'elevata variabilità territoriale interessando quote di donne comprese tra il 24,6% in Campania e il 44,4% in Veneto, con valori più alti nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud.

Assunzione appropriata di acido folico (%)



Tra le donne che hanno programmato/non escluso attivamente la gravidanza, la quota di quelle che hanno assunto acido folico in modo appropriato risulta appena maggiore rispetto al dato osservato sul totale delle madri con una prevalenza compresa tra il 28,9% (Campania) e il 48,2% (Veneto).

Confronto con rilevazione 2022

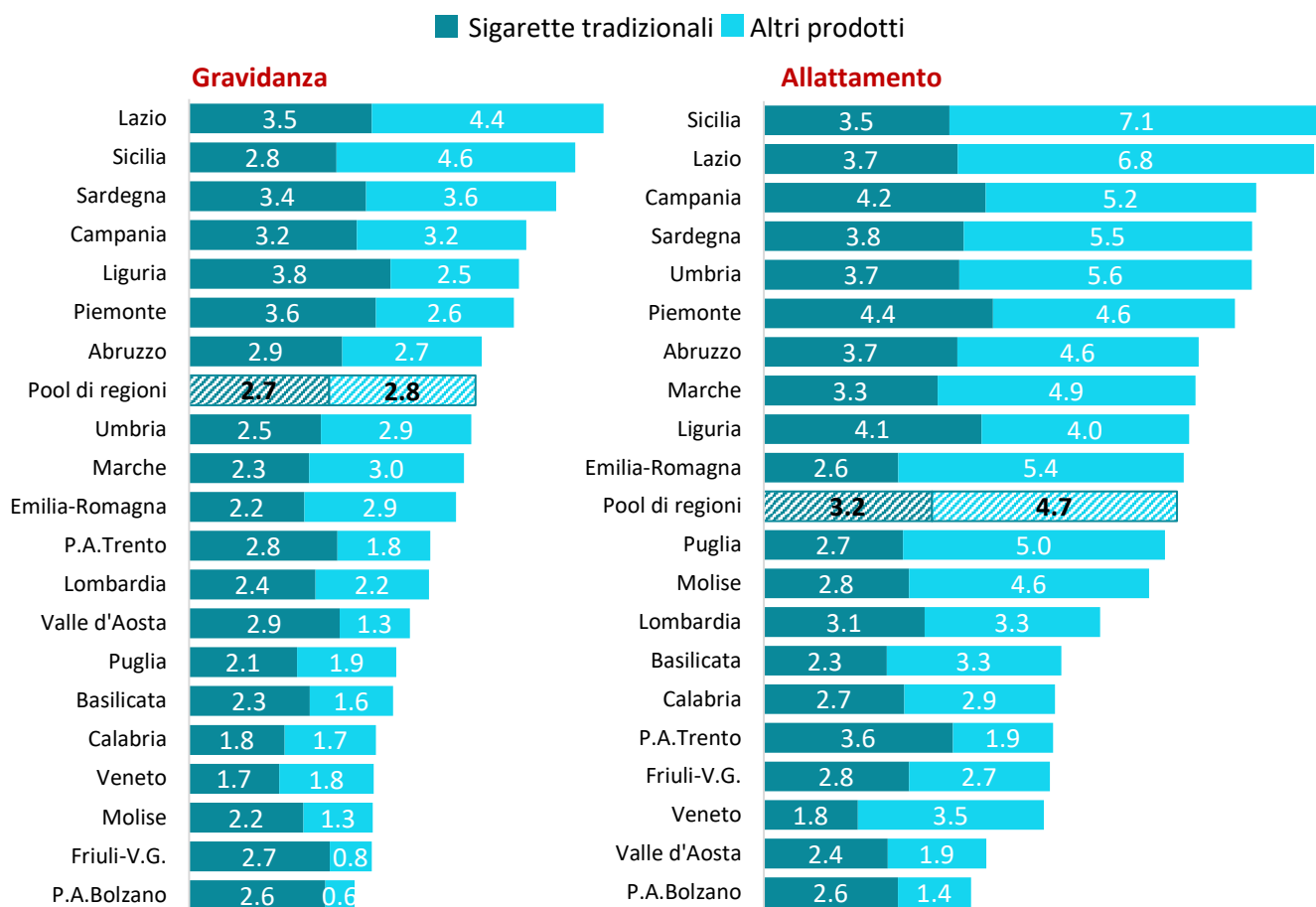
La prevalenza di donne che ha assunto acido folico in modo appropriato risulta leggermente più alta rispetto al 2022 (35,4% vs 32,1%). La differenza resta minima anche se si considera l'assunzione di acido folico fra le donne che hanno programmato/non escluso attivamente la gravidanza (39,7% vs 36,4%).

L'assunzione appropriata di acido folico in epoca periconcezionale rimane critica, nonostante le raccomandazioni nazionali. Un ruolo importante in questa azione preventiva può essere svolto da medici/mediche di medicina generale, ostetriche/ostetrici, ginecologi/ginecologhe e tutti/e i/le professionisti/e che hanno occasioni di contatto con donne in età fertile.

Uso di tabacco/altri prodotti²

La protezione dei/delle bambini/e dall'esposizione al fumo rappresenta una priorità di salute pubblica. Fumare in gravidanza aumenta il rischio di numerose complicanze ostetriche e perinatali: aborto spontaneo, parto pretermine, basso peso alla nascita, malformazioni congenite, morte endouterina fetale e morte neonatale. Inoltre, i/le bambini/e esposti/e al fumo passivo, sia in utero che dopo la nascita, hanno un rischio aumentato di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma.

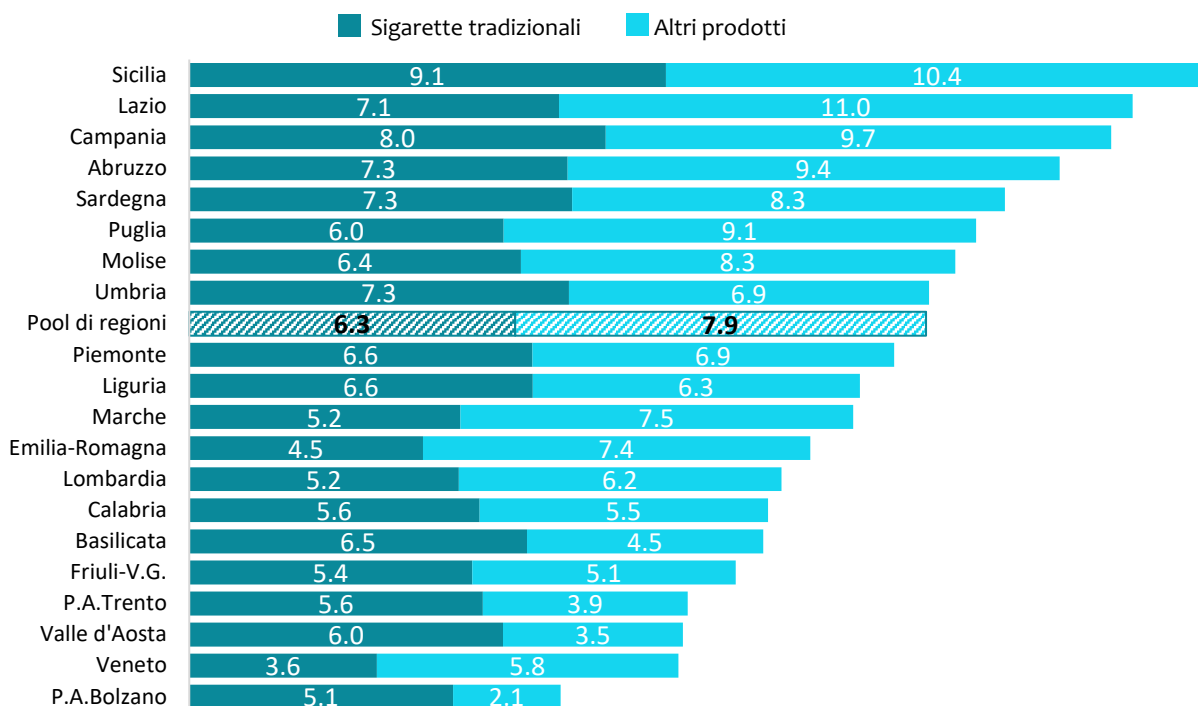
Uso di tabacco/altri prodotti in gravidanza e in allattamento (%)



Il 5,5% delle madri nel *pool* di Regioni ha dichiarato di aver fumato in gravidanza con una variabilità regionale dal 3,2% nella P.A. di Bolzano al 7,9% nel Lazio. Nel *pool* di Regioni la quota di madri che fuma sigarette tradizionali in gravidanza è sovrapponibile a quella delle donne che fanno utilizzo di altri prodotti con differenze che arrivano ad aumentare di molto in alcune Regioni. La quota di fumatrici tra le madri che allattano risulta più alta che in gravidanza in tutte le Regioni e varia tra il 4% (P.A. di Bolzano) e il 10,6% (Sicilia). Inoltre, i dati mostrano che in allattamento aumenta maggiormente la proporzione di consumo ascrivibile ad altri prodotti (sigaretta elettronica, tabacco riscaldato).

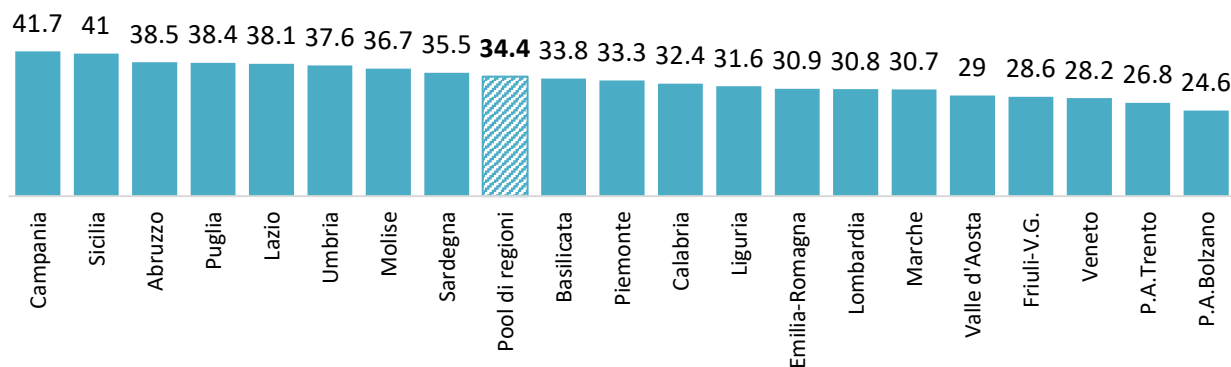
² Il quesito posto rilevava uso di sigarette tradizionali e altri prodotti (sigarette elettroniche e sigarette a tabacco riscaldato)

Uso di tabacco/altri prodotti alla data dell'intervista (%)



Complessivamente la quota di madri che fuma alla data dell'intervista risulta più alta che in gravidanza in tutte le Regioni (14,2%) e varia tra il 7,2% (P.A. di Bolzano) e il 19,5% (Sicilia), con prevalenze tendenzialmente più elevate nelle Regioni del Centro-Sud.

Bambini/e con almeno un genitore e/o altro/a convivente fumatore/fumatrice (%)



Per quanto riguarda la potenziale esposizione al fumo passivo, il 30,2% delle madri ha dichiarato che il/la partner o altri/e conviventi fumavano alla data dell'intervista (dato non riportato). Se si calcola complessivamente la potenziale esposizione al fumo passivo, il 34,4% dei/delle bambini/e convive con almeno un/a fumatore/fumatrice.

Confronto con rilevazione 2022

La prevalenza di madri che ha dichiarato di aver fatto uso di tabacco/altri prodotti è leggermente diminuita rispetto al 2022 (5,5% vs 6,4% in gravidanza e 7,9% vs 8,7% in allattamento).

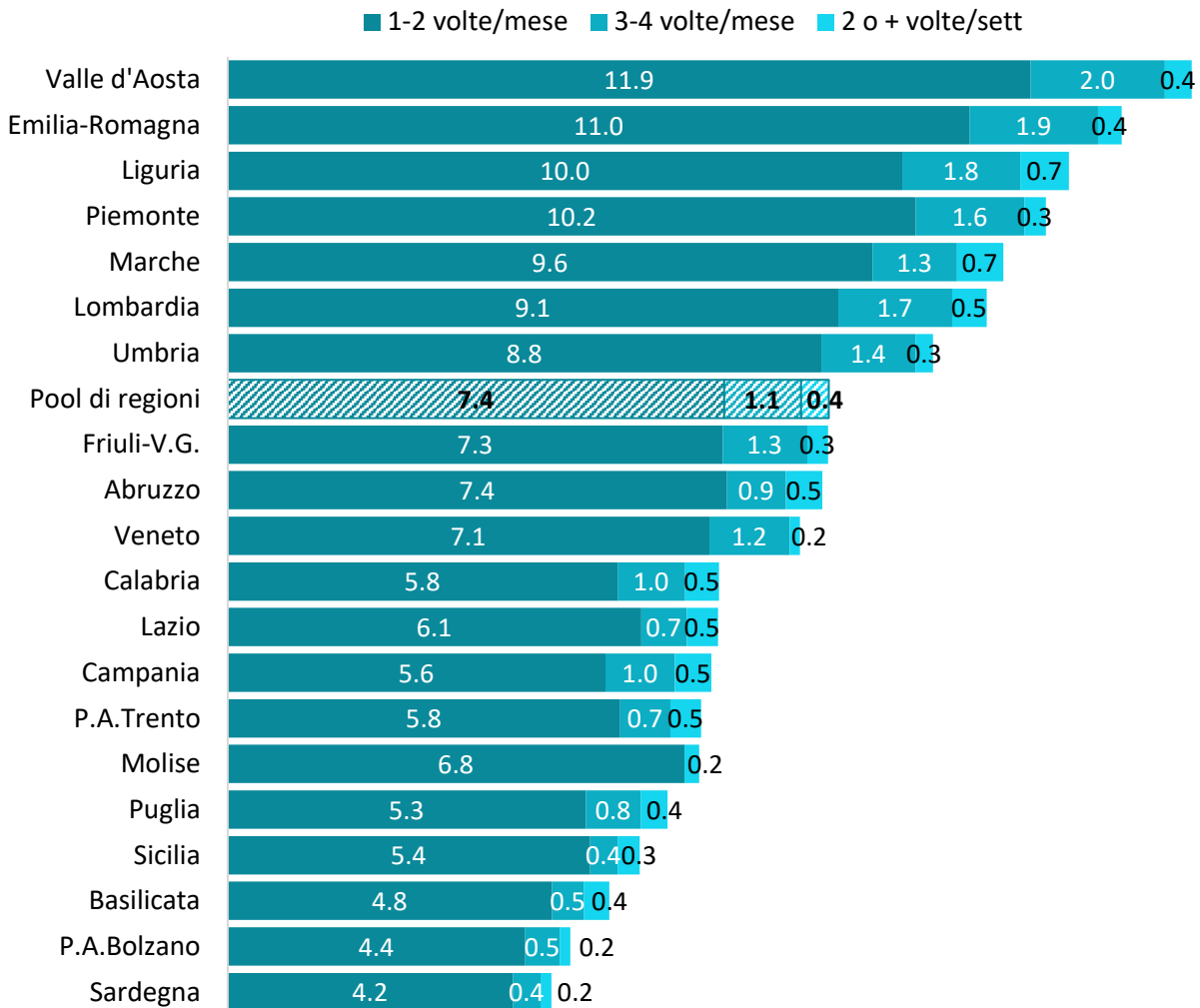
La proporzione di bambini/e nel cui nucleo familiare sono presenti fumatori/fumatrici è diminuita rispetto al 2022 (34,4% vs 38%).

I dati confermano la necessità di continuare a informare donne e partner sul rischio per la salute rappresentato dall'uso di tabacco/altri prodotti in gravidanza e in allattamento nonché di sensibilizzare tutti gli adulti di riferimento e la popolazione sui rischi per la salute dell'esposizione dei/delle bambini/e al fumo passivo.

Consumo di bevande alcoliche

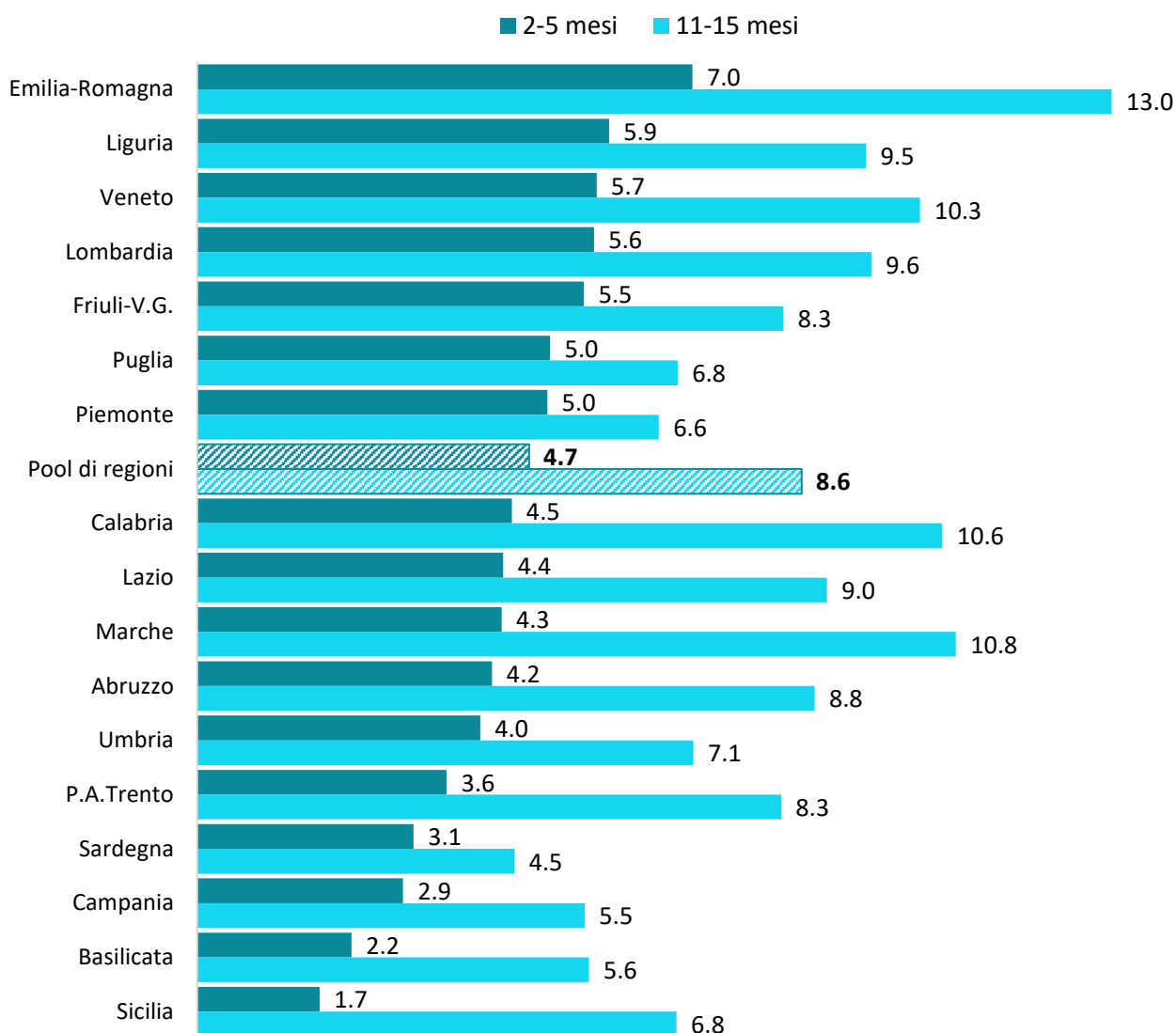
Le evidenze scientifiche raccomandano l'astensione dal consumo di alcol nei mesi che precedono il concepimento, in gravidanza e in allattamento per la sua tossicità riproduttiva e dello sviluppo. L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può nuocere gravemente alla salute e correla ad aborto spontaneo, malformazioni congenite, parto pretermine, basso peso alla nascita, spettro dei disordini fetto-alcolici (FASD), sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS), difficoltà cognitive e relazionali.

Consumo di bevande alcoliche in gravidanza (%)



La maggior parte delle madri nel *pool* di Regioni non ha assunto bevande alcoliche in gravidanza. Il 7,4% ha dichiarato di aver assunto alcol (anche solo una piccola quantità rappresentata da mezzo bicchiere di vino o una birra piccola o un aperitivo) 1-2 volte al mese, l'1,1% 3-4 volte al mese e lo 0,4% 2 o più volte a settimana. Il consumo di alcol risulta più diffuso tra le madri del Nord Italia.

Consumo di bevande alcoliche durante l'allattamento con una frequenza di almeno 3-4 volte negli ultimi 30 giorni (%)



In tutte le Regioni il consumo di alcol in allattamento risulta più diffuso che in gravidanza con prevalenze più alte al Nord. Tra le madri che allattano, la quota che ha riferito di aver assunto alcol almeno 3-4 volte nel mese precedente l'intervista aumenta al crescere dell'età del/della bambino/a variando dall'1,7% (Sicilia) al 7% (Emilia-Romagna) nella fascia 2-5 mesi e dal 4,5% (Sardegna) al 13% (Emilia-Romagna) nella fascia 11-15 mesi.

Confronto raccolta dati 2022

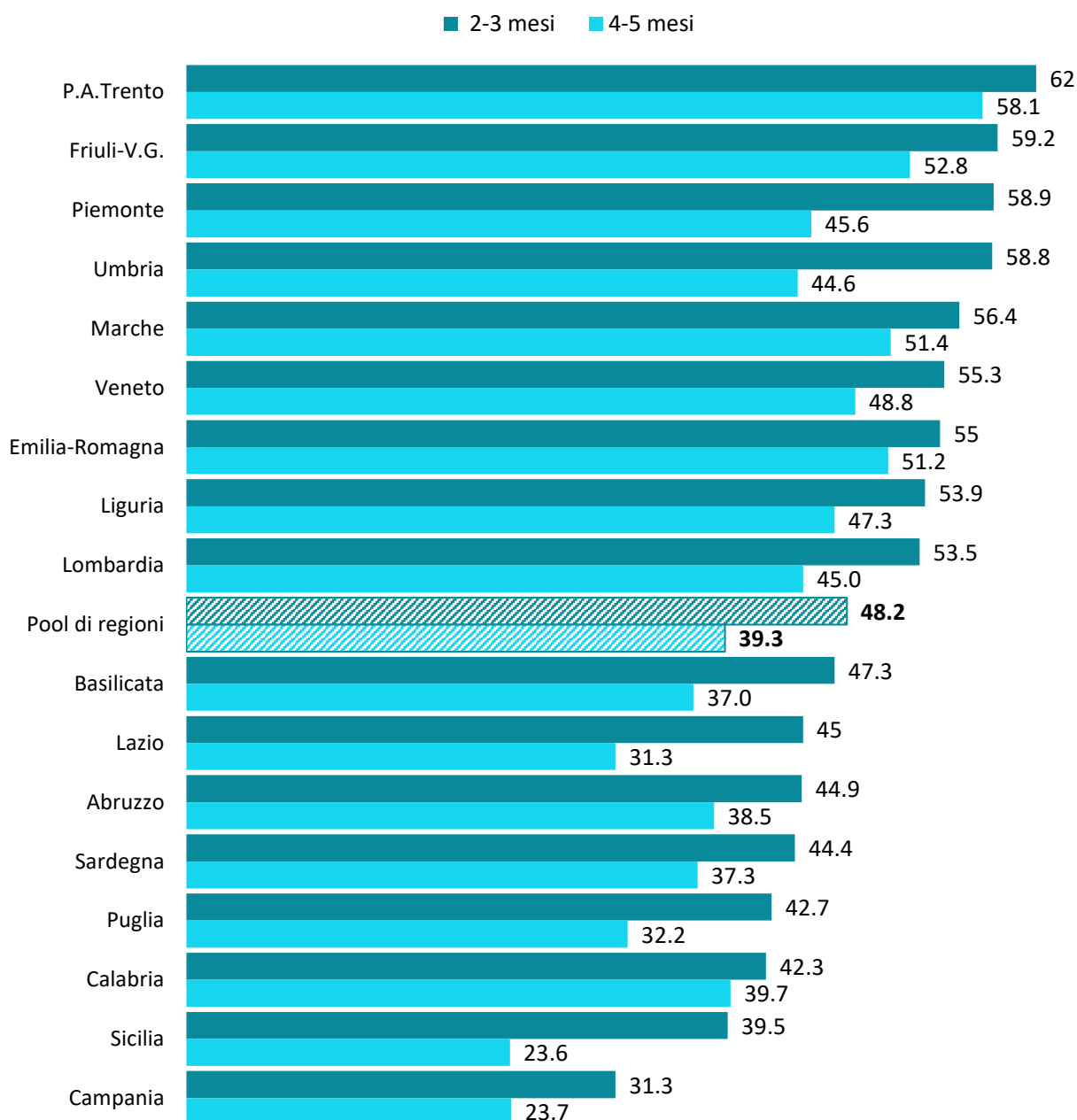
La prevalenza di donne che hanno consumato alcol almeno 1-2 volte al mese in gravidanza nel 2025 è molto diminuita rispetto alla raccolta dati 2022 (8,9% vs 18,6%). L'assunzione di alcol in allattamento almeno 3-4 volte nel mese precedente l'intervista risulta ridotta rispetto al 2022 sia nella fascia 2-5 mesi (4,7% vs 9%) sia nella fascia 11-15 mesi (8,6% vs 12,3%).

Sebbene si registri una diminuzione del consumo di alcol sia in gravidanza che in allattamento, i dati confermano la necessità di continuare a fornire informazioni a donne e partner sui rischi legati al consumo di alcol in gravidanza e durante l'allattamento.

Allattamento

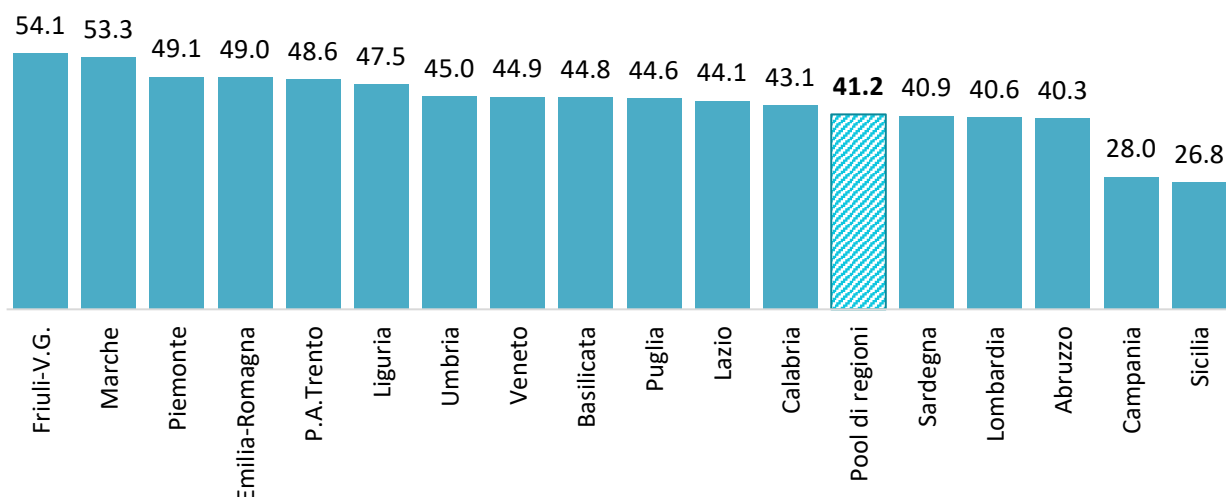
L'OMS e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo fino ai sei mesi di vita del/della bambino/a e la sua prosecuzione, in associazione a un'adeguata alimentazione complementare, fino ai 2 anni di vita e oltre, se madre e figlio/a lo desiderano. L'allattamento è la via fisiologica con cui il/la bambino/a assume i nutrienti di cui ha bisogno per un sano sviluppo.

Allattamento esclusivo tra i/le bambini/e nelle fasce d'età 2-3 mesi e 4-5 mesi (%)



Il 48,2% dei/delle bambini/e di 2-3 mesi viene allattato/a in maniera esclusiva, con una elevata variabilità regionale caratterizzata da quote più basse nel Sud rispetto al Centro-Nord e comprese tra il 31,3% in Campania e il 62% nella P. A. di Trento. L'allattamento esclusivo si riduce sensibilmente nella fascia 4-5 mesi scendendo al 39,3%, con variazioni dal 23,6% della Sicilia al 58,1% della P.A. di Trento.

Bambini/e che ricevono latte materno nella fascia d'età 12-15 mesi (%)



Analizzando la diffusione dell'allattamento oltre l'anno di vita, la quota di bambini/e che riceve latte materno nella fascia d'età 12-15 mesi risulta variare tra il 26,8% (Sicilia) e il 54,1% (Friuli-Venezia Giulia), con valori più bassi nel Sud e nella Regione Lombardia. Il 13,1% dei/delle bambini/e non ha mai ricevuto latte materno, con quote tendenzialmente comprese tra il 7,2% (Marche) e il 24,2% (Sicilia) (dati non riportati).

Confronto con rilevazione 2022

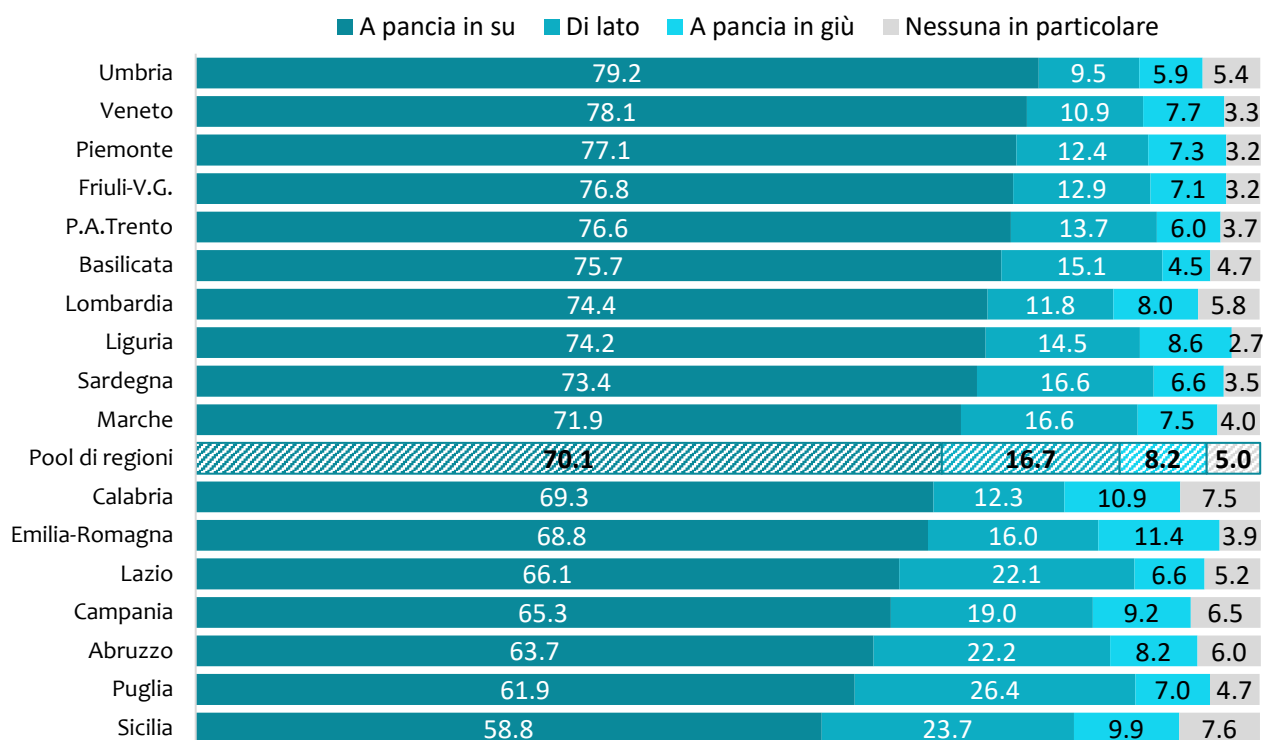
La prevalenza di allattamento esclusivo a 2-3 mesi risulta sovrapponibile rispetto a quella rilevata nel 2022 (48,2% vs 46,7%). Risulta invece aumentata la prevalenza di allattamento esclusivo a 4-5 mesi (39,3% vs 30%). Aumenta la quota di bambini/e allattati/e oltre i 12-15 mesi (41,2% vs 36,2%) e rimane stabile la quota di bambini/e che non hanno mai ricevuto latte materno (13%).

Sebbene i dati evidenzino un miglioramento rispetto alle rilevazioni precedenti, si conferma la necessità di continuare a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento anche lavorando alla costruzione di una 'cultura dell'allattamento' nelle comunità locali perché i genitori possano essere accompagnati nel compiere scelte sull'alimentazione del/della figlio/a basate su informazioni *evidence-based* e libere da interessi commerciali e siano sostenuti nel portarle a compimento.

Posizione in culla

Circa il 50% dei casi di morte improvvisa e inattesa nel primo anno di vita non è attribuibile a una causa naturale o accidentale e viene associato, per esclusione, alla SIDS (nota anche come 'morte in culla'). Il 90-95% delle morti associate al sonno avviene entro i 6 mesi di vita, con un picco fra i 2 e i 4 mesi e, in Italia, ha un'incidenza di 0,5 su 1.000 nati vivi. Diversi interventi si sono dimostrati efficaci per ridurre il rischio e, fra questi, il far iniziare il sonno al/alla bambino/a in posizione supina.

Posizione in culla tra i/le bambini/e di 4-5 mesi (%)



Più di due terzi delle madri del *pool* di Regioni ha dichiarato di mettere a dormire il/la figlio/a di 4-5 mesi a pancia in su (70,1%) con una variabilità compresa tra il 58,8% (Sicilia) e il 79,2% (Umbria). L'inizio del sonno di lato avviene nel 16,7% dei casi e la prevalenza varia dal 26,4% della Puglia al 9,5% dell'Umbria. La posizione prona viene utilizzata nell'8,2% dei casi con quote che variano dall'11,4% dell'Emilia-Romagna al 4,5% della Basilicata.

Confronto con rilevazione 2022

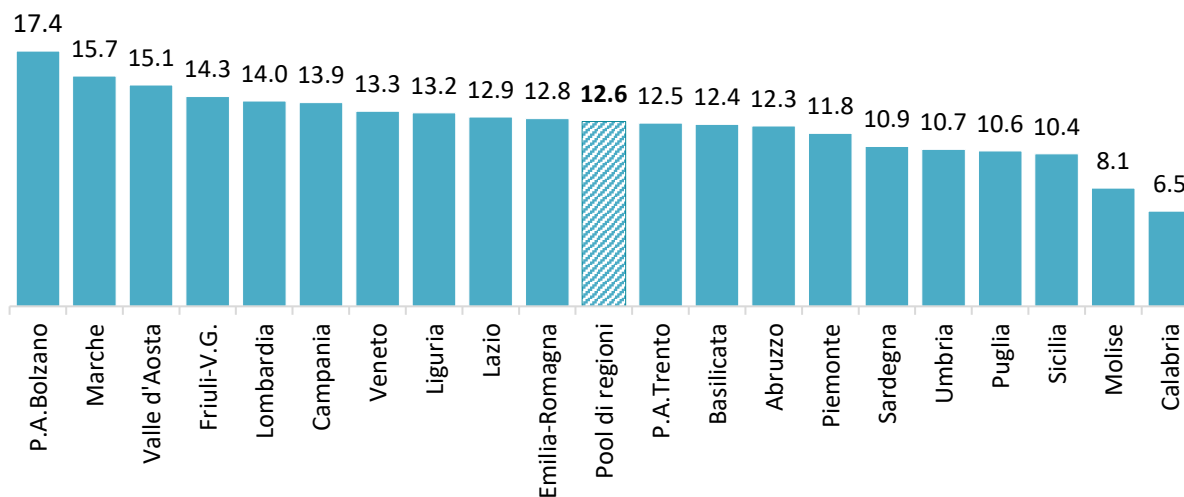
La prevalenza di madri che utilizza la posizione sicura per il sonno del/della proprio/a bambino/a di 4-5 mesi è di poco maggiore rispetto al 2022 (70,1% vs 66,7%). La scelta della posizione di lato diminuisce di pochi punti percentuali rispetto al 2022 (16,7% vs 18,7%) così come la scelta della posizione a pancia in giù (8,2% vs 9,7%).

I dati evidenziano la necessità di informare i genitori e tutti gli adulti che si occupano del/della bambino/a che, fra i comportamenti che prevengono le morti associate al sonno, la più efficace è far iniziare il sonno in posizione supina. È opportuno rassicurare i genitori sul fatto che la posizione supina non aumenta il rischio di soffocamento da inalazione in caso di rigurgito o reflusso gastroesofageo e che, dopo che il/la bambino/a impara a girarsi attivamente da supino a prono e viceversa, non è necessario riposizionarlo/a nel caso dovesse girarsi spontaneamente nel sonno.

Sicurezza in casa e in auto

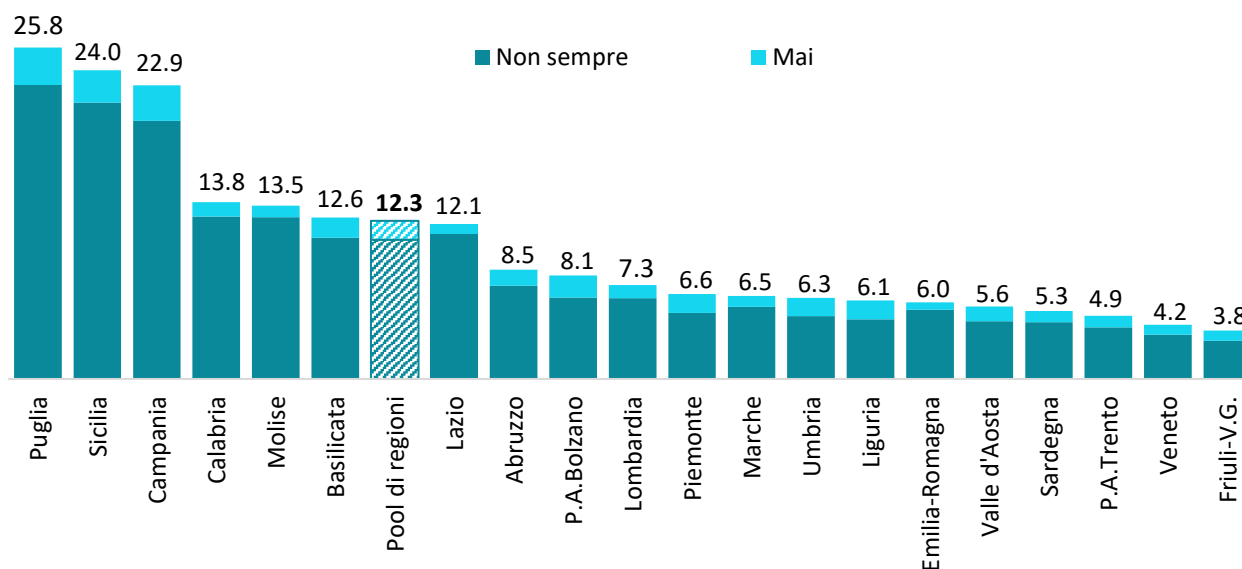
Gli incidenti domestici e stradali rappresentano una causa rilevante di morbosità e mortalità dei/delle bambini/e nei Paesi ad alto reddito. Una riorganizzazione degli ambienti domestici funzionale alle tappe di sviluppo dei/delle bambini/e può prevenire gli incidenti in casa. Il trasporto a bordo di veicoli, disciplinato dal Codice della strada, prevede l'obbligatorietà, sin dalla nascita, dell'uso di dispositivi di protezione omologati.

Incidente domestico che ha coinvolto il/la bambino/a (%)



Complessivamente nel pool di Regioni il 12,6% delle madri dichiara che suo/a figlio/a ha avuto un incidente domestico. A livello territoriale le percentuali variano dal 6,5% della Calabria al 17,4% della P.A. di Bolzano.

Uso inadeguato/non uso del seggiolino auto (%)



Nel *pool* di Regioni, il 12,3% delle madri riferisce di non utilizzare sempre il seggiolino durante ogni viaggio in auto (10,8% 'non sempre', 1,5% 'mai'), con prevalenze sensibilmente maggiori in alcune Regioni del Sud (Puglia, Sicilia e Campania).

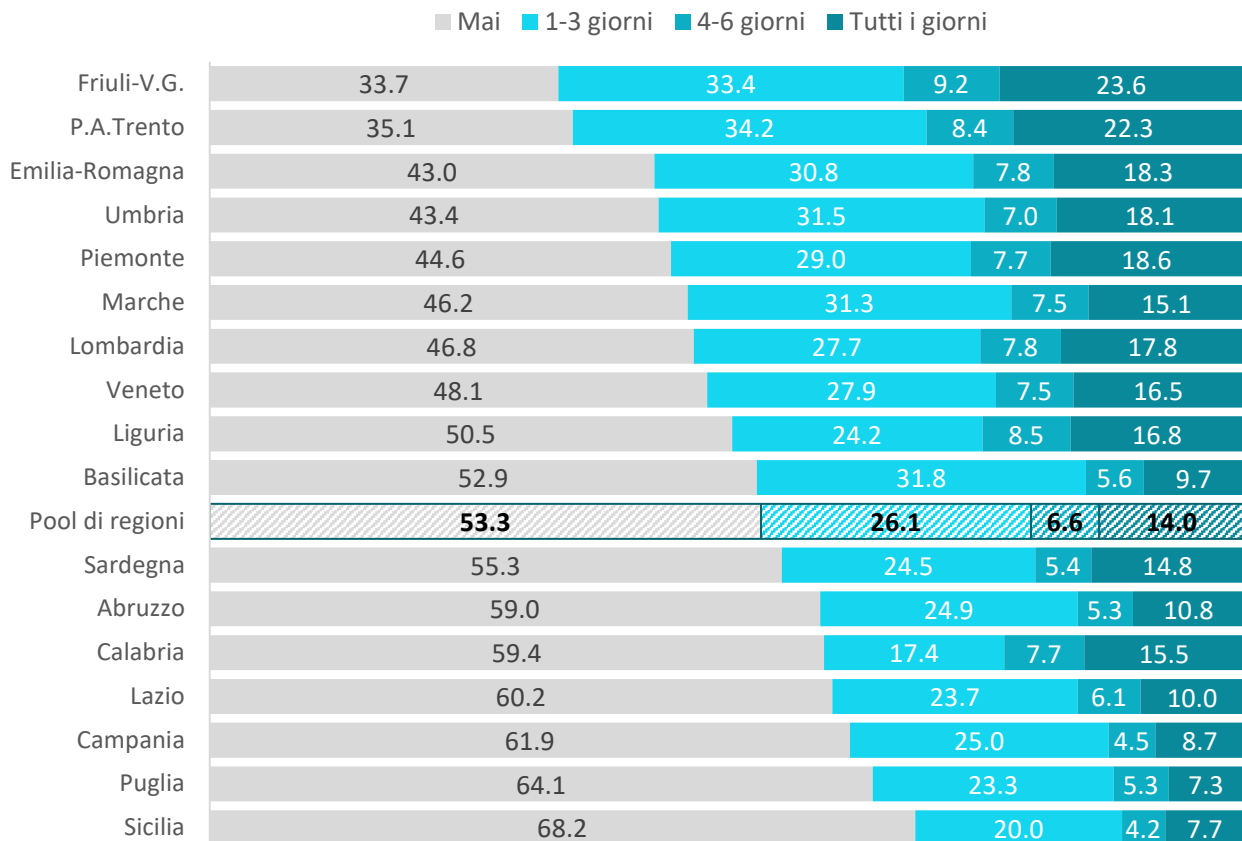


I dati evidenziano la necessità di continuare a fornire informazioni ai genitori e a tutti gli adulti che si occupano del/della bambino/a sulla prevenzione degli incidenti in ambiente domestico e nel trasporto per ridurre il rischio di traumi o di morte.

Lettura in famiglia

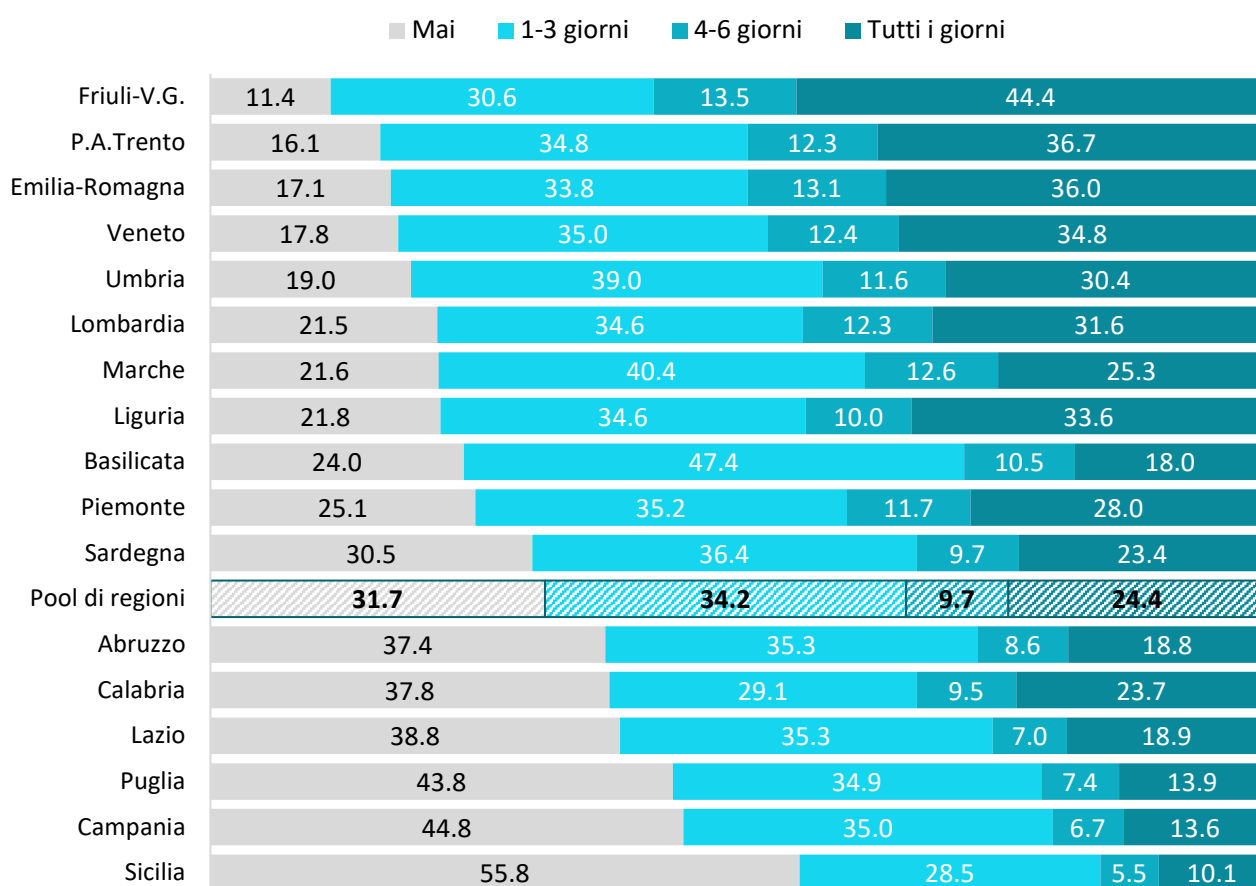
La lettura in famiglia dai primi mesi di vita del/della bambino/a ha effetti benefici sul suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale, oltre ad avere effetti positivi sulla relazione con il/la *caregiver*. La pratica della lettura condivisa e la proposta di libriccini fin dai primi mesi contribuisce a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socioculturale.

Frequenza con cui sono stati letti libri al/alla bambino/a nella settimana precedente l'intervista (%) - Bambini/e di 2-5 mesi



Nella fascia d'età 2-5 mesi, la prevalenza di bambini/e a cui non sono mai stati letti libri nella settimana precedente l'intervista risulta pari al 53,3%, con valori compresi tra il 33,7% (Friuli-Venezia Giulia) e il 68,2% (Sicilia) e mediamente più alti nelle Regioni del Sud. Nelle Regioni del Sud si rilevano le percentuali più basse di bambini/e a cui sono stati letti libri tutti i giorni.

Frequenza con cui sono stati letti libri al/alla bambino/a nella settimana precedente l'intervista (%) - Bambini/e di 11-15 mesi



Al crescere dell'età, la prevalenza di bambini/e a cui non sono stati mai letti libri nella settimana precedente l'intervista si riduce in tutte le Regioni benché continui ad avere valori non trascurabili soprattutto al Sud in cui, in diverse Regioni, il dato resta sensibilmente superiore a quello osservato nel *pool* di Regioni.

Confronto con rilevazione 2022

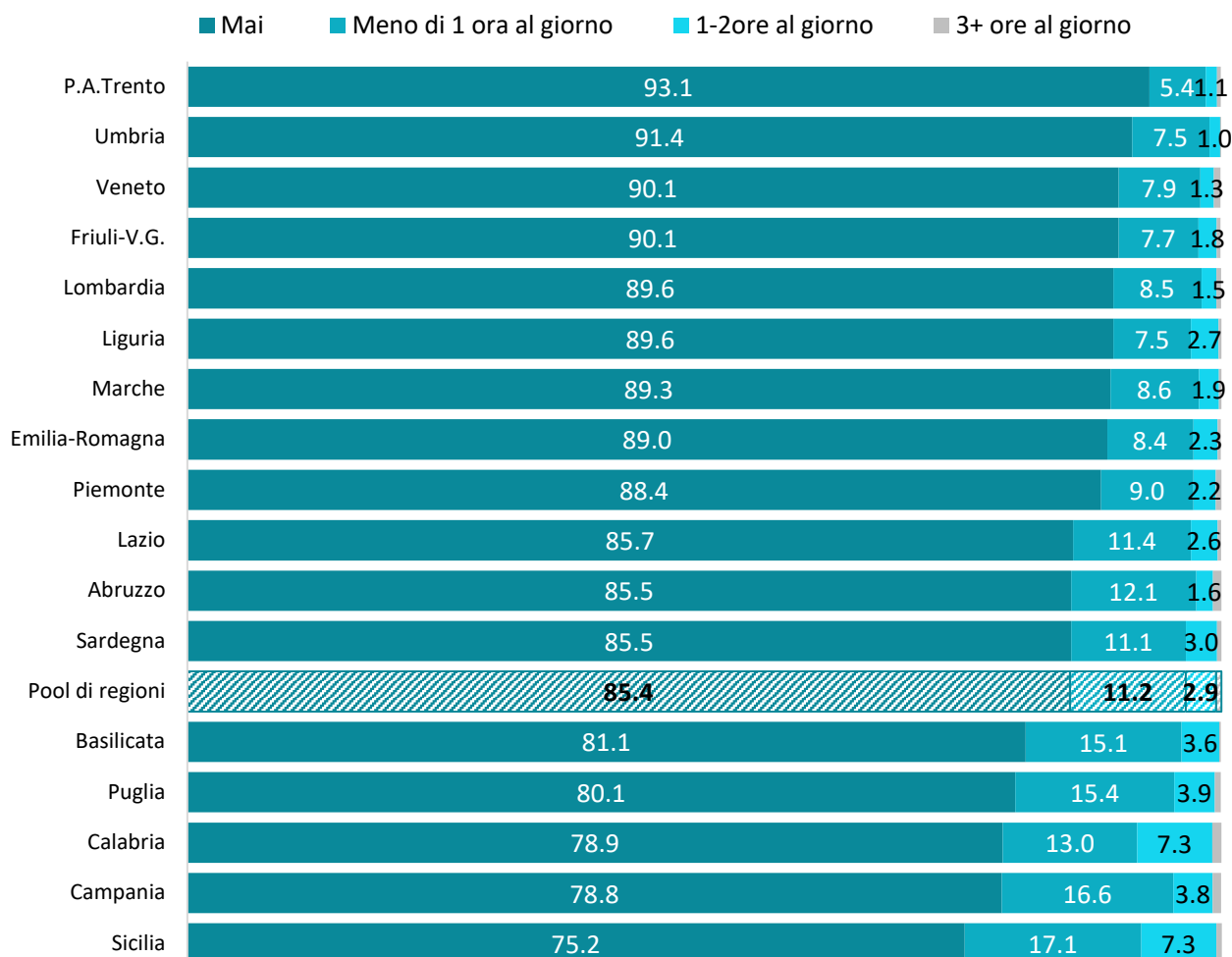
La prevalenza di bambini/e esposti/e a lettura nella classe d'età 2-5 mesi risulta in leggero aumento rispetto al 2022 (46,7% vs 41,7%) mentre si mantiene sostanzialmente stabile nella classe d'età 11-15 mesi (68,3% vs 67,4%). Nella classe d'età 2-5 mesi, le madri lettrici (che hanno letto almeno un libro negli ultimi 12 mesi per motivi non strettamente scolastici o professionali) sono leggermente diminuite rispetto alla precedente rilevazione (51,8% vs 55%).

I dati evidenziano la necessità di informare i genitori e tutti gli adulti di riferimento sui benefici della lettura in famiglia sullo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale dei/delle bambini/e. In un'epoca di esposizione digitale crescente fin dai primi mesi di vita, la lettura condivisa offre un'alternativa preziosa e accessibile, migliorando l'alfabetizzazione dei/delle bambini/e con benefici a lungo termine.

Esposizione a schermi

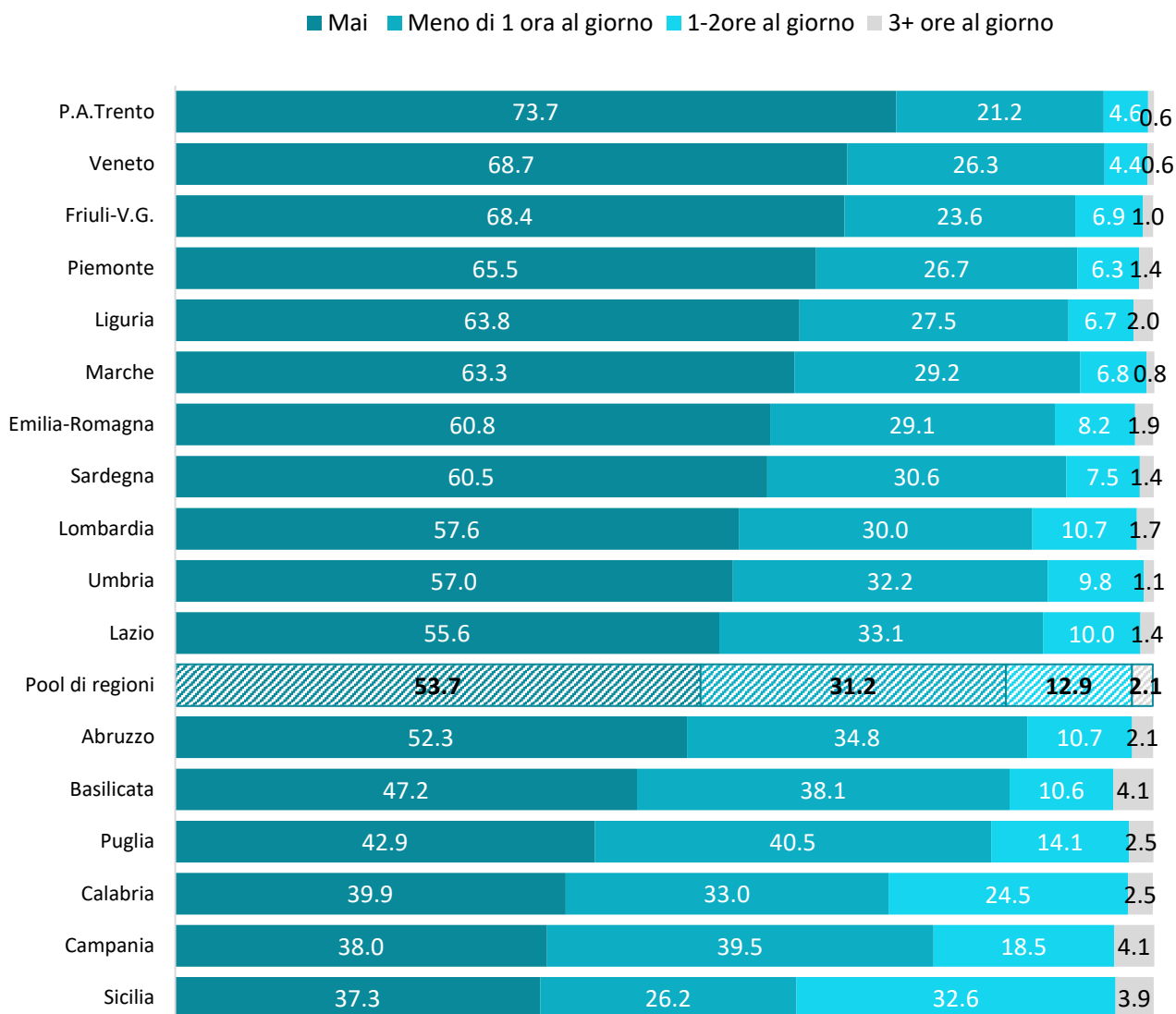
L'esposizione dei/delle bambini/e alle tecnologie digitali è un fenomeno sempre più diffuso fin dai primi anni di vita. Il *corpus* di prove scientifiche sui rischi che l'esposizione dei/delle piccoli/e comporta è in rapido aumento. Viene raccomandato di evitare l'esposizione al di sotto dei 2 anni di vita.

Tempo giornaliero di esposizione a schermi (%) – Bambini/e di 2-5 mesi



Il 14,6% dei/delle bambini/e di 2-5 mesi nel *pool* di Regioni passa del tempo davanti a TV, computer, tablet o smartphone. A livello territoriale, la quota varia tra il 6,9% nella P. A. di Trento e il 24,9% in Sicilia, assumendo valori più elevati nelle Regioni del Sud. La maggior parte dei/delle bambini/e esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo mentre il 3,4% vi trascorre almeno 1-2 ore.

Tempo giornaliero di esposizione a schermi (%) – Bambini/e di 11-15 mesi



I livelli di esposizione crescono all'aumentare dell'età in tutte le Regioni e, tra i/le bambini/e di 11-15 mesi, la quota di quelli/e che passano almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo arriva a variare tra il 5% (Veneto) e il 36,5% (Sicilia) confermando la presenza di livelli di esposizione più elevati nelle Regioni del Sud.

Confronto con rilevazione 2022

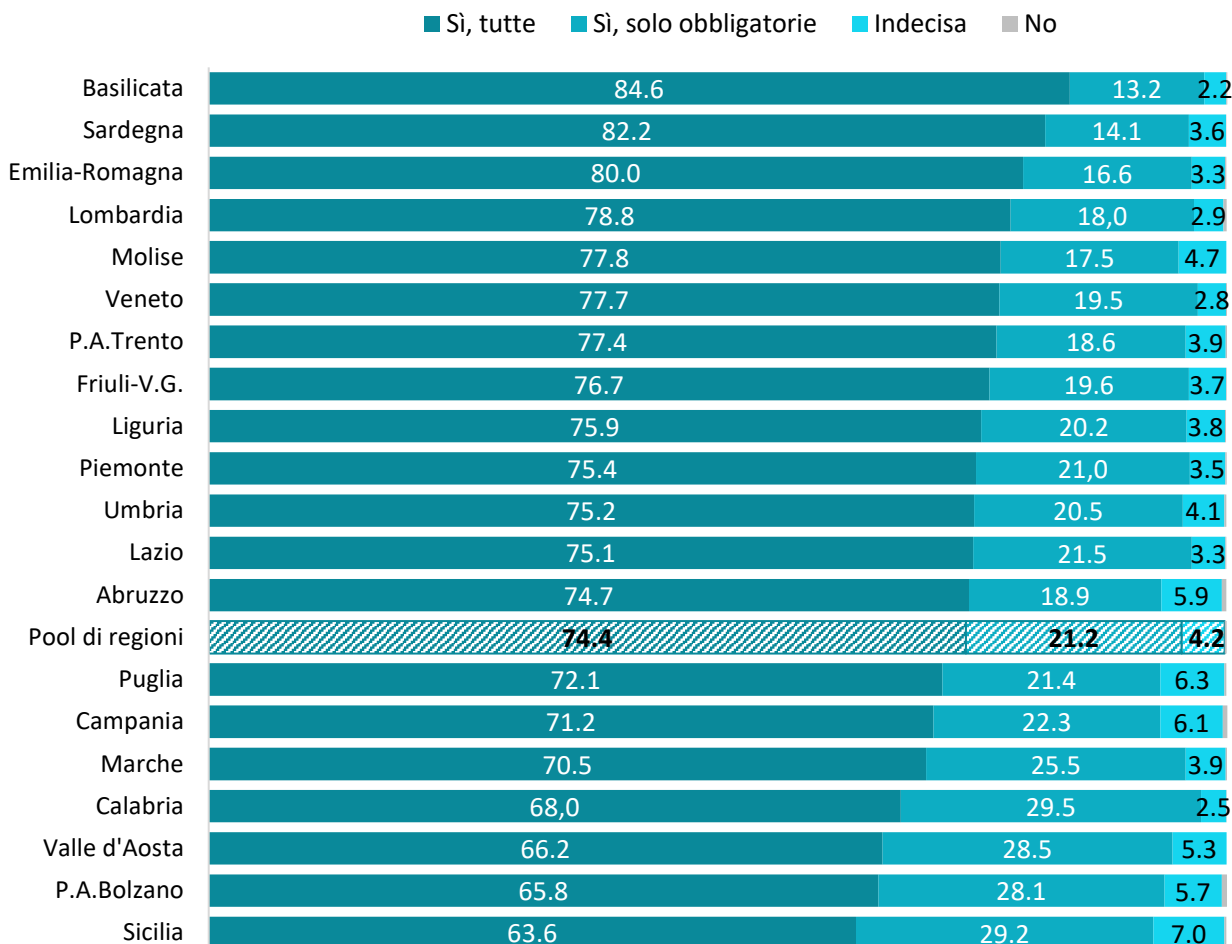
L'esposizione a schermi a 2-5 mesi è inferiore rispetto al 2022 (14,6% vs 22,1%). Nella classe 11-15 mesi l'esposizione a schermi presenta prevalenze piuttosto diminuite rispetto alla rilevazione precedente (46,3% vs 58,1%).

I dati evidenziano la necessità di continuare informare i genitori - e tutti gli adulti che si occupano del/della bambino/a - dei rischi legati all'esposizione a schermi nei primi anni di vita. Un ruolo importante in questa azione preventiva può essere svolto dai/dalle professionisti/e socio-sanitari/e e dagli/dalle educatori/educatrici che hanno occasioni di contatto con genitori e caregiver.

Vaccinazioni

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggior efficacia nella prevenzione delle malattie infettive dei/delle bambini/e. Nel questionario vengono rilevate le intenzioni delle madri riguardo alle vaccinazioni future dei/delle loro bambini/e.

Intenzioni delle madri riguardo alle vaccinazioni future dei/delle figli/e (%)



Nel *pool* di Regioni, il 74,4% delle madri ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni previste, con una prevalenza variabile tra il 63,6% della Sicilia e l'84,6% della Basilicata.

Il 21,2% delle madri ha dichiarato di voler effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie con prevalenze comprese tra il 29,2% della Sicilia e il 13,2% della Basilicata. Il 4,2% delle madri ha dichiarato di essere indecisa a riguardo.

Confronto con rilevazione 2022

Rispetto al 2022, l'intenzione di effettuare tutte le vaccinazioni previste è lievemente diminuita (74,4% vs 76,1%) così come la quota di madri indecise (4,2% vs 6,5%). Risulta aumentata la quota di madri che dichiara di voler far somministrare al/alla proprio/a figlio/a solo le vaccinazioni obbligatorie (21,2% vs 16,4%).

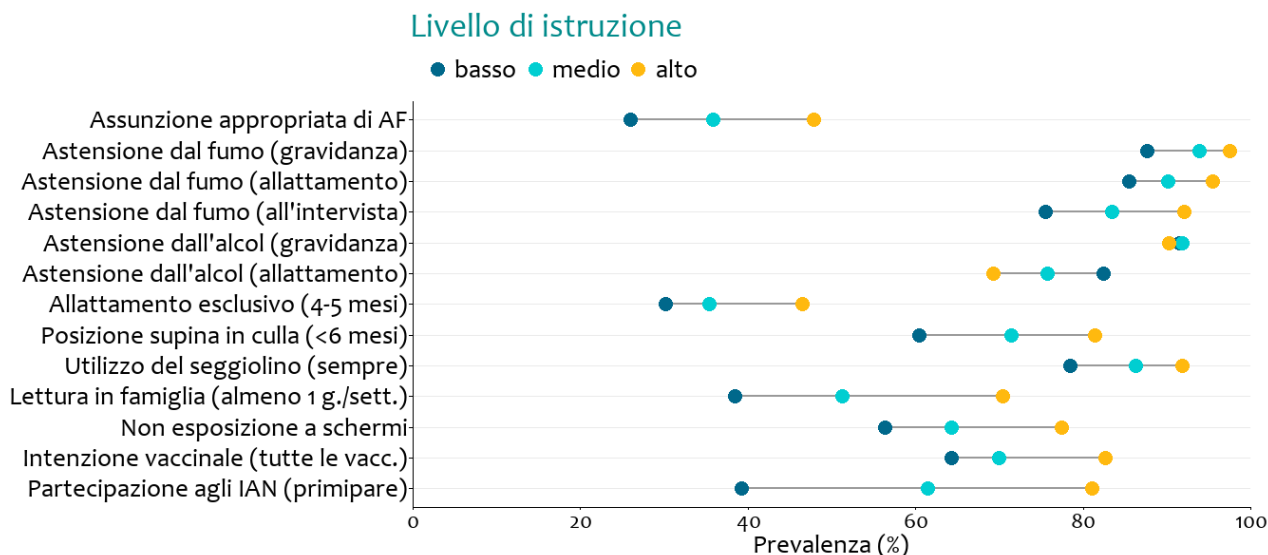


I dati evidenziano la necessità di continuare a informare i genitori perché possano compiere scelte consapevoli sulle azioni di prevenzione delle malattie e sui benefici e i rischi delle vaccinazioni previste nel nostro Paese.

Le disuguaglianze di salute fotografate dalla Sorveglianza

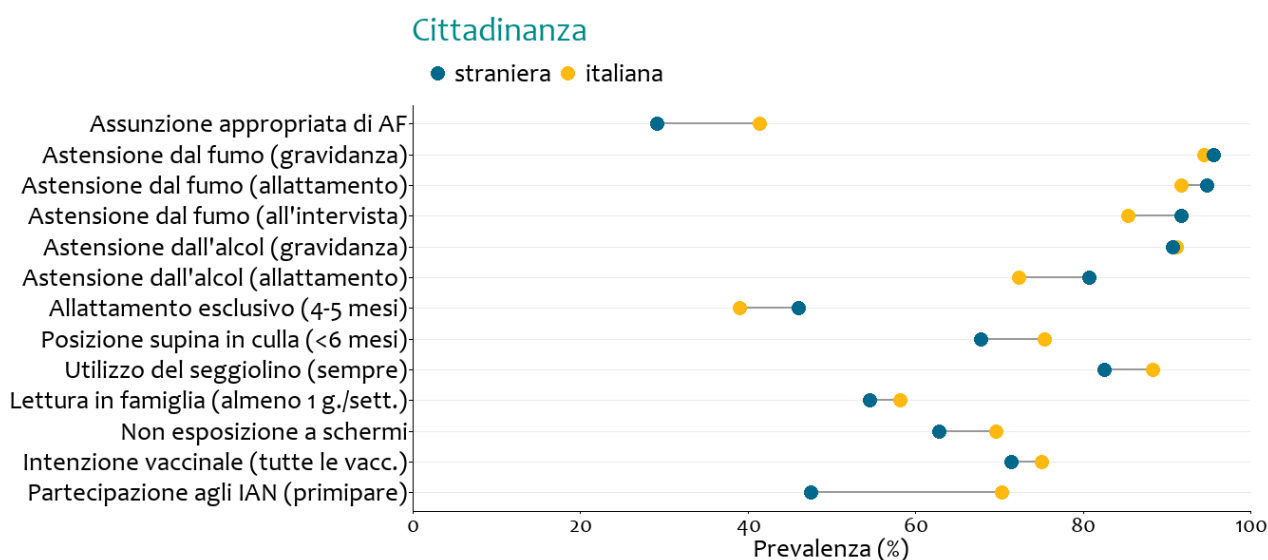
In questa sezione viene riportato un approfondimento sui risultati emersi dalla raccolta dati sulle differenze nell'aderenza alle raccomandazioni relative ai primi 1000 giorni per titolo di studio e cittadinanza delle madri, difficoltà economiche familiari e ripartizione geografica.

Figura 7. Prevalenze per livello di istruzione della madre (%)



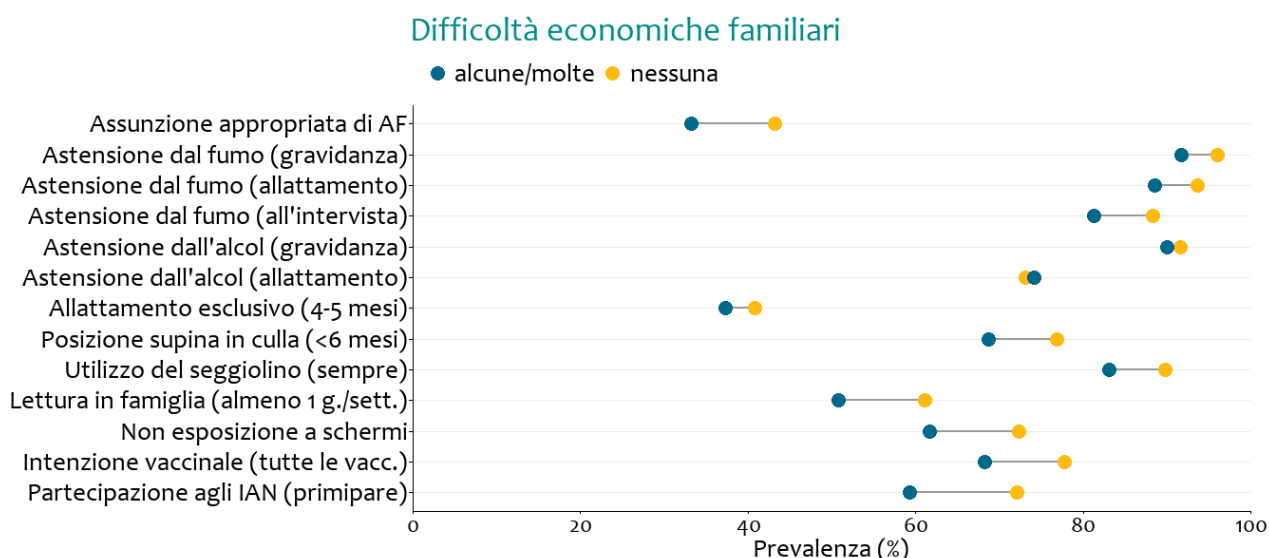
Ad eccezione dell'astensione dall'alcol in gravidanza, per tutti gli indicatori si osservano differenze per livello di istruzione. La prevalenza aumenta al crescere del livello di istruzione, con differenze decisamente marcate per assunzione di acido folico, lettura in famiglia, posizione supina in culla e partecipazione agli IAN. La prevalenza di astensione dall'alcol in allattamento è più elevata tra le madri con titolo di studio medio e basso.

Figura 8. Prevalenze per cittadinanza della madre (%)



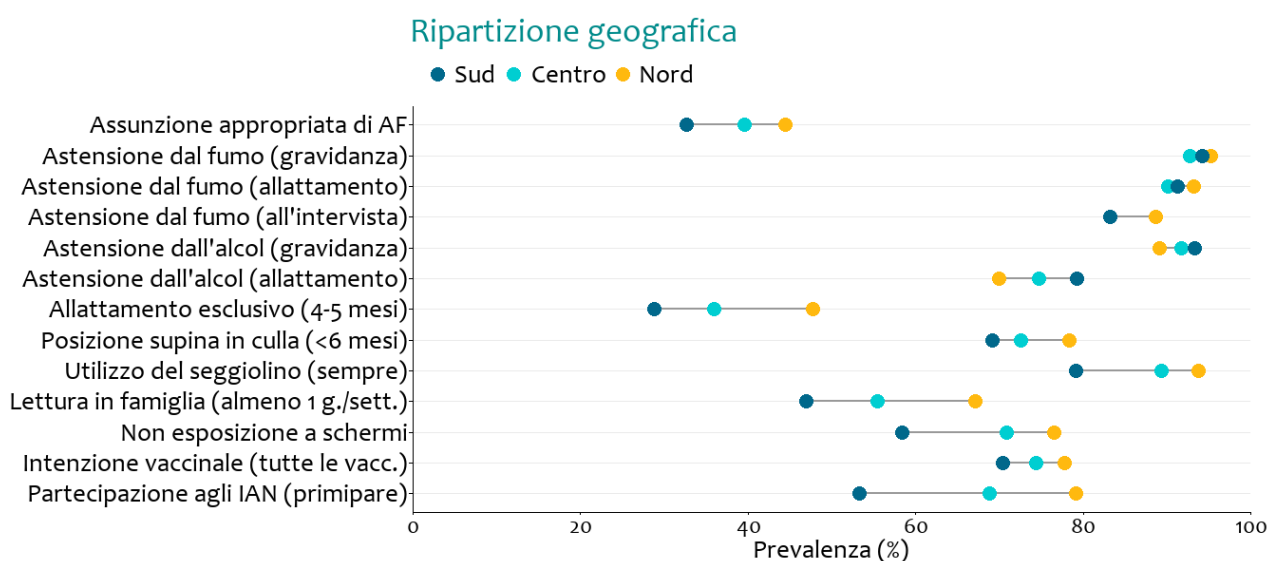
Le madri con cittadinanza straniera si astengono più frequentemente dal fumo e dall'assunzione di alcol in allattamento e hanno una prevalenza più alta di allattamento esclusivo a 4-5 mesi. Si osservano differenze marcate nella partecipazione agli IAN e nell'assunzione appropriata di acido folico, con prevalenze più alte tra le madri di cittadinanza italiana.

Figura 9. Prevalenze per difficoltà economiche familiari (%)



Le prevalenze di aderenza alle buone pratiche risultano ridotte fra le madri che riferiscono difficoltà economiche familiari con differenze meno evidenti per l'allattamento esclusivo a 4-5 mesi e pressoché assenti nell'astensione dall'alcol.

Figura 10. Prevalenze per ripartizione geografica (%)



L'aderenza alle buone pratiche, per la maggior parte degli indicatori, mostra un gradiente geografico decrescente Nord-Centro-Sud, più marcato per la partecipazione agli IAN, la lettura in famiglia, l'allattamento esclusivo a 4-5 mesi e la non esposizione a schermi.

Le differenze sono invece trascurabili per l'astensione dal fumo, mentre si osserva un gradiente inverso per l'astensione dall'alcol, con una maggiore eterogeneità geografica tra le madri che allattano.

I risultati della Sorveglianza mostrano una forte relazione tra le caratteristiche sociodemografiche delle madri e l'aderenza alle raccomandazioni nei primi 1000 giorni. La valutazione delle disuguaglianze di salute rappresenta un aspetto prioritario ai fini della programmazione di azioni in salute pubblica orientate a programmi rivolti ai genitori e all'intera comunità, affinché ogni bambino/a possa esprimere pienamente il proprio potenziale.

Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni - 2025

Enrica Pizzi, Serena Donati, Martina Ventura, Margherita Tommasella, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreezzi, Monica Pirri (Gruppo di Coordinamento Nazionale - Istituto Superiore di Sanità), Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus (Ministero della Salute), Adriano Murgano, Natascia Nesti (Regione Abruzzo), Maria Angela Mininni (Regione Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni (Regione Calabria), Alessandro Scoppa, Concetta Pani (Regione Campania), Simona Di Mario (Regione Emilia-Romagna), Luca Ronfani, Nicoletta Santangelo, Claudia Carletti, Federica Concina, Alessandra Knowles, Eleonora Maurel, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti, Daniela Porta, Simona Marocchini (Regione Lazio), Federica Varlese, Federico Grammatico, Laura Pozzo (Regione Liguria), Danilo Cereda, Corrado Celata, Olivia Leoni, Giuseppina Gelmi, Edda Pellegrini (Regione Lombardia), Cristina Mancini, Vittorio Marconi, Gabriella Tambascia (Regione Marche), Michele Colitti, Angelo Salzo (Regione Molise), Marcello Caputo, Monica Bonifetto (Regione Piemonte), Monica Zambotti, Marta Legnalioli, Laura Battisti, Chiara Mocellin, Silvia Molinaro, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Silvia Spertini, Antonio Fanolla, Sabine Weiss, Alessia Callino, Antonio Lorenzon (Provincia Autonoma di Bolzano), Maria Teresa Balducci, Nehludoff Albano, Mariangela Dafne Vincenti (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Patrizia Cadau (Regione Sardegna), Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia), Marco Cristofori, Sonia Bacci, Carla Bietta (Regione Umbria), Maria Paola Farinelli, Enrico Ventrella, (Regione Valle d'Aosta), Federica Michieletto, Anna Sabbadin, Diana Gazzani (Regione del Veneto).

Comitato Tecnico Scientifico Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni - 2025

Enrica Pizzi, Serena Donati, Martina Ventura, Margherita Tommasella, Angela Giusti, Sonia Brescianini (Istituto Superiore di Sanità), Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus, (Ministero della Salute), Elena Fretti (Esperta), Manila Bonciani (Meyer Center for Health and Happiness, Firenze), Antonio Clavenna (IRCSS Mario Negri, Milano), Luca Ronfani (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste), Angela Spinelli (Esperta), Leonardo Speri (Esperto), Gherardo Rapisardi (Esperto), Livio Provenzi (Università degli Studi di Pavia) Anna Domenica Mignuoli (Regione Calabria), Simona Di Mario (Regione Emilia Romagna), Lilia Biscaglia (Regione Lazio), Corrado Celata (Regione Lombardia), Maria Teresa Balducci (Regione Puglia), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Federica Michieletto (Regione del Veneto).

Steering Committee Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni -2025

Enrica Pizzi, Serena Donati, Martina Ventura, Margherita Tommasella (Istituto Superiore di Sanità), Renata Bortolus, Maria Grazia Privitera (Ministero della Salute), Stefania Manetti (Associazione Culturale Pediatri - ACP), Miria De Santis (Associazione Nazionale Assistenti Sanitari - AsNAS), Giorgio Tamburlini (Centro per la Salute del Bambino - CSB), Giovanni Cerimoniale e Maria Teresa Fonte (Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP), Angela Maccagnoni (Federazione Nazionale Ordini della Professione di Ostetrica - FNOPO), Valentina Vanzi (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – FNOPI), Vito Troiano (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - SIGO), Massimo Agosti (Società Italiana di Neonatologia - SIN), Rino Agostiniano (Società Italiana di Pediatria - SIP), Arianna Saulini (Save the Children), Enrico Di Rosa (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI), Elise Chapin (UNICEF Italia).

Ringraziamenti

Si ringrazia per il prezioso lavoro svolto il personale dei Servizi coinvolti nella rilevazione e una sincera gratitudine va a tutte le mamme che si sono rese disponibili a compilare il questionario.

Per maggiori informazioni sulla Sorveglianza Bambine e Bambini 0- 2 anni

Sito Internet: www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/

Contatti: Enrica Pizzi 06/4990.4314 e-mail: enrica.pizzi@iss.it

