



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

SISTEMA DI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Risultati dell'Indagine 2018-2019

PROVINCIA AUTONOMA di TRENTO

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 Grabriella 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*)

Referenti

a livello provinciale: Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali, Laura Battisti

a livello aziendale: Maria Grazia Zuccali

Operatori

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

Un ringraziamento particolare a tutti gli operatori e ai direttori dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari che hanno supportato e collaborato nella realizzazione dell'indagine e partecipato alla formazione.

Copia del volume può essere richiesta a: anna.pedrotti@provincia.tn.it

Copia del volume può essere scaricata da: <https://www.trentinosalute.net/>

Sito internet di riferimento della Sorveglianza: <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianzao2anni/o-2anni>

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

INDICE

PREFAZIONE.....	3
INTRODUZIONE.....	5
METODOLOGIA	6
Caratteristiche del campione	8
Assunzione di acido folico	9
Consumo di tabacco	12
Consumo di bevande alcoliche.....	15
Allattamento	18
Lettura precoce in famiglia.....	21
Esposizione a schermi.....	24
Posizione in culla	27
Vaccinazioni.....	29
Incidenti domestici.....	31
Uso del seggiolino.....	33
CONCLUSIONI GENERALI	35
SINTESI DEI RISULTATI NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	36
TABELLE.....	37
MATERIALI BIBLIOGRAFICI	47

PREFAZIONE

Con la presente pubblicazione sono lieta di presentare i dati riferiti alla Provincia di Trento rilevati dal nuovo Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino.

La Sorveglianza va a completare la famiglia dei sistemi di monitoraggio della salute che nel loro insieme arrivano ora a coprire l'intero arco della vita. Insieme a OKkio alla salute per i bambini di 8-9 anni, HBSC per gli adolescenti di 11-13-15 anni, PASSI per gli adulti di 18-69 anni e Passi d'Argento per le persone di 65 anni e oltre, disponiamo di informazioni importanti per pianificare interventi di prevenzione prioritari per migliorare la salute della nostra popolazione.

La novità principale di questa Sorveglianza è rappresentata dall'attenzione rivolta ai primi anni di vita, i cosiddetti 1000 giorni. Questo periodo, che va dal concepimento ai primi due-tre anni di età, oggi è considerato dalle evidenze scientifiche un periodo unico di opportunità per porre le basi per la salute ottimale degli individui a lungo termine. Gli interventi prevenzione e di promozione della salute nei 1000 giorni sono ritenuti l'investimento più efficace che può fare una comunità nel suo insieme per guadagnare salute.

Si tratta di azioni semplici e conosciute da anni: assumere l'acido folico fin da prima della gravidanza, astenersi dal fumo e dall'alcol in gravidanza e allattamento, assicurare la sicurezza del bambino a casa e in automobile, allattare, far vaccinare il bambino, leggere al bambino fin dai primi mesi di vita ed evitare l'esposizione agli schermi.

Seppur raccomandate da tempo, fino ad ora non era possibile stimare quanto queste pratiche fossero diffuse nella popolazione trentina. Grazie all'impegno di molti operatori sanitari e alla partecipazione di duemila famiglie, a cui vanno i miei ringraziamenti, disponiamo oggi di queste importanti conoscenze.

In generale, i dati della Sorveglianza riferiti alla Provincia di Trento sono migliori rispetto ad altre Regioni, in particolare per quanto riguarda l'allattamento, il consumo di tabacco in gravidanza e allattamento e la lettura precoce. Questi risultati riflettono buone pratiche che hanno radici in una cultura e in un'organizzazione sanitaria che da anni pone attenzione alla promozione della salute materno-infantile attraverso modelli organizzativi e programmi basati sull'evidenza, investendo nella formazione degli operatori e nel sostegno ai genitori attraverso il lavoro integrato nei servizi sanitari e con la comunità (GenitoriPiù, Ospedali e Comunità Amici dei bambini, Nati per leggere, Percorso nascita ostetrica dedicata). Programmi e modelli organizzativi su cui è fondamentale investire anche in futuro, così come previsto dall'attuale Piano provinciale della salute e dal Piano provinciale della prevenzione.

Tuttavia i risultati emersi dalla Sorveglianza evidenziano anche come nella nostra Provincia ci sia margine di miglioramento per rinforzare le azioni di prevenzione e protezione nei primi 1000 giorni di vita. Questo vale in particolare per alcuni comportamenti protettivi (a partire dall'assunzione preconcezionale di acido folico e dal limitare l'esposizione dei bambini agli schermi), ma più in generale può essere esteso a tutti i determinanti precoci, con l'obiettivo di cercare di assicurare a tutti i bambini e alle bambine la miglior partenza in salute.

La Sorveglianza conferma inoltre l'importanza dei determinanti socioeconomici della salute infantile legati alle condizioni di istruzione e di reddito dei genitori. Il diritto irrinunciabile alla salute dei bambini e delle bambine che nascono e crescono in contesti familiari e sociali più svantaggiati richiede attenzioni specifiche e interventi mirati, per consentire loro di raggiungere il massimo potenziale di salute e sviluppo possibile, senza lasciare indietro nessun bambino.

Infine, questi dati vengono pubblicati in un periodo storico particolarmente difficile, legato alla pandemia di Covid 19 e alle sue ricadute sul benessere e sulla salute della nostra comunità, anche per i più piccoli. Stiamo vivendo un momento di crisi, ma anche di opportunità. Grazie alla Sorveglianza disponiamo

oggi di una risorsa strategica per rilanciare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute a partire dai bambini, per una società più sana e più equa.

Ringrazio tutti gli operatori e le famiglie che hanno contribuito alla raccolta di questi dati e auspico che grazie all'impegno di tutti possiamo in futuro migliorare ulteriormente questi risultati e di conseguenza lo stato di salute della nostra comunità, perché è vero che se “cambiamo l'inizio della storia, cambiamo tutta la storia”(Nurturing Care Framework for Early Childhood Development).

Stefania Segnana

Assessore alla salute, politiche sociali e famiglia

Provincia autonoma di Trento

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 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 Provincia Autonoma di Trento.

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.

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. Nella Provincia di Trento hanno partecipato alla raccolta dei dati tutti i CV dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari presenti sul territorio. L'inserimento dei dati è stato effettuato da

operatori dei CV attraverso l'utilizzo di una piattaforma web sviluppata ad hoc da una ditta incaricata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Analisi dei dati

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

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

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

Caratteristiche del campione

In Provincia di Trento sono state intervistate 1.999 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 98,8%.

Il 28,8% delle mamme intervistate ha meno di 30 anni, il 33,8% ha tra 30 e 34 anni e il 37,4% ha più di 34 anni. L'età media complessiva è di 32,7 anni.

Il 23,1% delle mamme risulta nato all'estero.

Il 48,8% ha conseguito la licenza media superiore e il 39,4% la laurea.

Il 15,3% non ha un'occupazione, mentre il 27,4% ha dichiarato di avere alcune o molte difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione.

Il 50,4% delle mamme è composto da primipare; il 71,8% 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 nella P.A. di Trento

Caratteristiche socio-demografiche	n	%
Età		
≤29 anni	564	28,8
30-34 anni	662	33,8
≥35 anni	734	37,4
Paese di nascita		
Italia	1423	76,9
Estero	427	23,1
Livello di istruzione		
Al più licenza media inferiore	230	11,8
Licenza media superiore	955	48,8
Laurea	772	39,4
Stato occupazionale		
Occupata	1677	84,7
Non occupata	304	15,3
Difficoltà economiche familiari		
Arriva a fine mese molto facilmente	447	22,8
Arriva a fine mese abbastanza facilmente	974	49,8
Arriva a fine mese con qualche difficoltà	478	24,4
Arriva a fine mese con molte difficoltà	58	3,0
Parità		
Primipara	918	50,4
Multipara	905	49,6
Partecipazione a un CAN*		
Sì	1419	71,8
No	556	28,2

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

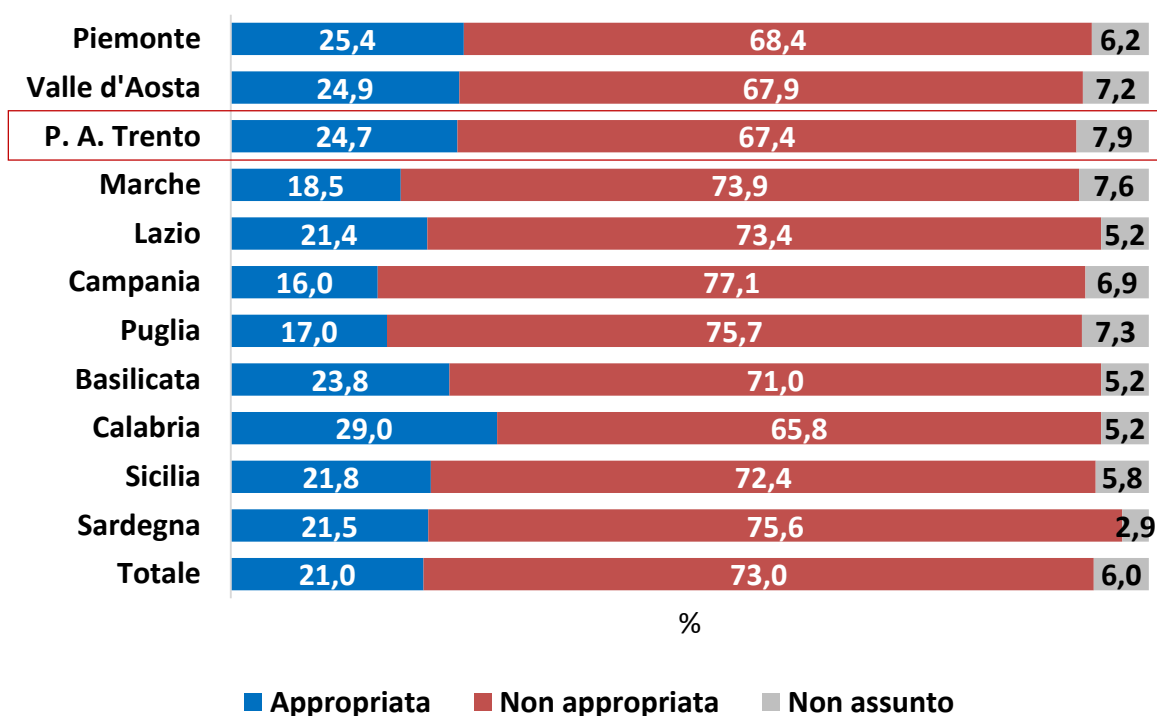
Assunzione di acido folico

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? (*)

Nella Provincia di Trento, come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, oltre il 90% delle mamme ha assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma soltanto una quota contenuta di esse lo ha fatto in maniera appropriata per la prevenzione delle malformazioni congenite. In particolare il 92,2% delle mamme della Provincia ha assunto acido folico, ma la grande maggioranza di esse lo ha fatto in maniera non appropriata, prevalentemente a gravidanza iniziata. L'assunzione appropriata, che inizia almeno un mese prima del concepimento e prosegue per tutto il primo trimestre di gravidanza, ha interessato soltanto il 24,7% delle mamme trentine (la media, calcolata sul totale delle mamme nelle 11 regioni partecipanti alla Sorveglianza, risulta pari al 21,0%).

Figura 1. Assunzione di acido folico (P.A. Trento n=1962)

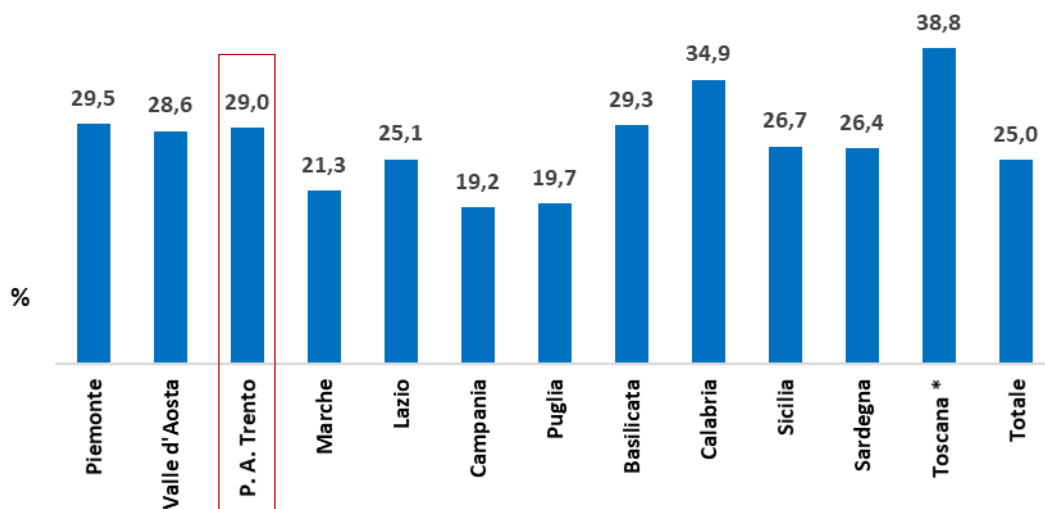


(*) La variabile "Modalità di assunzione dell'acido folico" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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

Se si considerano soltanto le mamme che hanno riferito di aver programmato la gravidanza o comunque di non essersi attivate per evitarla (pari all'81,9%), la quota che ha assunto acido folico in maniera appropriata aumenta di poco risultando pari al 29,0% (valore significativamente maggiore della media del 25,0% nelle 11 regioni).

Figura 2. Assunzione appropriata di acido folico – Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza (P.A. Trento n=1590)



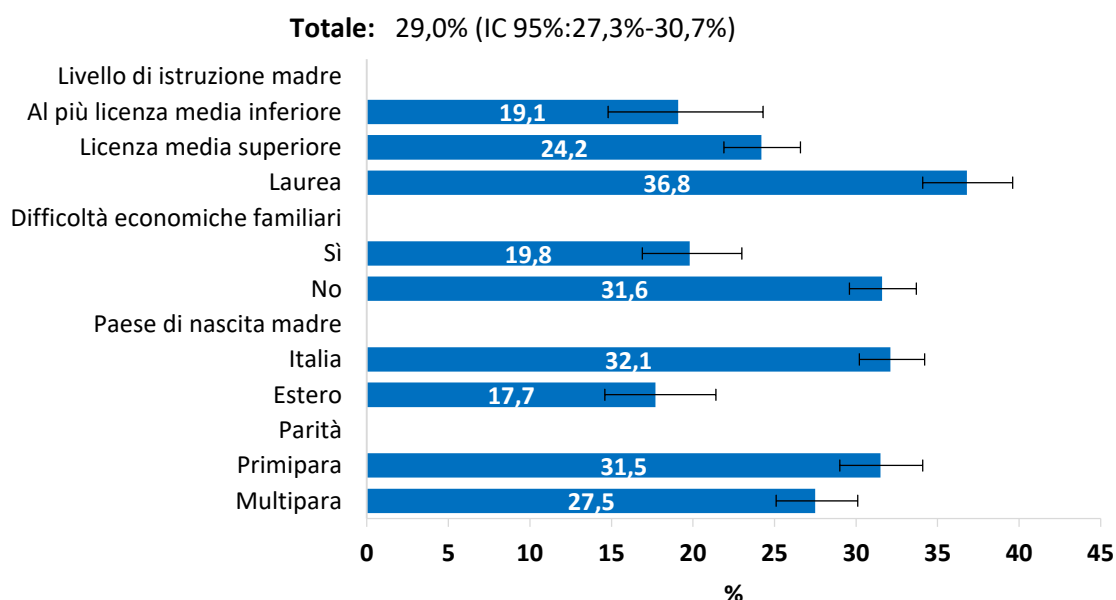
*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

(*) 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 Provincia di Trento che hanno dichiarato di aver programmato o comunque non escluso la possibilità di una gravidanza, l'assunzione appropriata di acido folico è risultata significativamente¹ meno frequente tra le mamme meno istruite, quelle che hanno riportato difficoltà economiche e quelle nate all'estero.

Figura 3. Assunzione appropriata di acido folico per variabili socio-economiche – Mamme che hanno programmato o non escluso la gravidanza – P.A. Trento (n=1590)



¹ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche in Provincia di Trento la quota di mamme che ha assunto acido folico in maniera appropriata in occasione della gravidanza è risultata scarsa: sebbene oltre 9 donne su 10 abbiano dichiarato di averlo assunto, meno di 3 su 10 lo hanno fatto in modo efficace tra quelle che hanno programmato o non escluso la gravidanza.

I risultati confermano dunque l'urgenza di informare tutte le donne in età riproduttiva che non escludano una gravidanza sui vantaggi derivanti dall'assunzione corretta di acido folico in epoca preconcezionale. Attenzione particolare va rivolta alle donne che appartengono alle categorie più svantaggiate per condizioni socio-economiche e che sono nate all'estero, tra le quali l'assunzione appropriata è risultata significativamente più bassa.

Un ruolo fondamentale in questa azione preventiva diffusa può essere svolto dai medici di medicina generale, insieme ai ginecologi e alle 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.

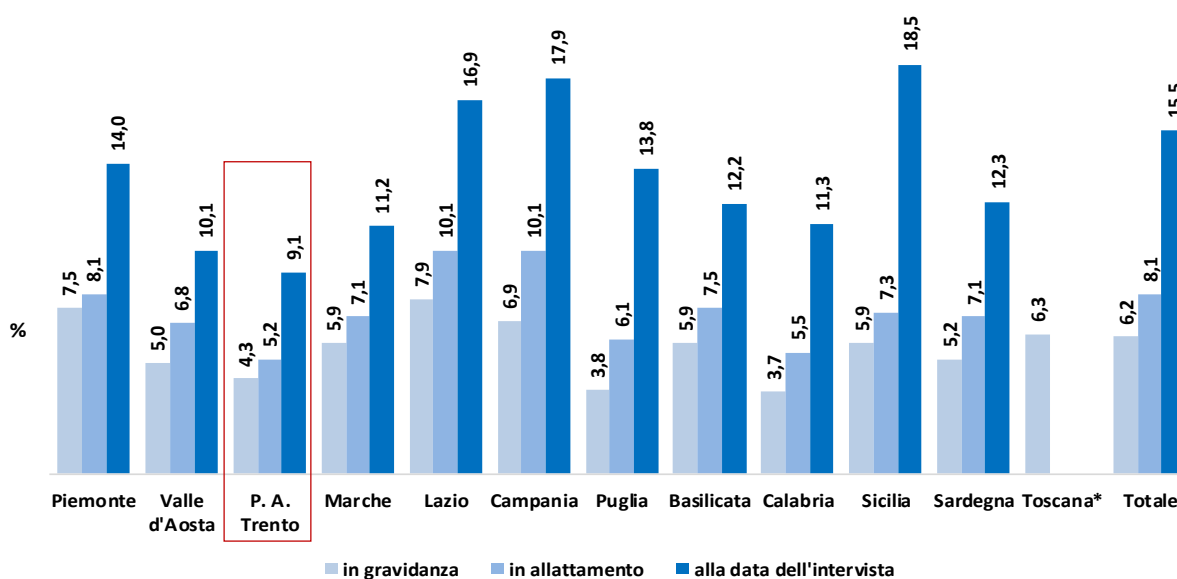
Quante mamme hanno fumato durante la gravidanza e l'allattamento?

In Provincia di Trento il 4,3% 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 9,1% (contro una media del 15,5%). Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando le fumatrici sono risultate pari al 5,2% (contro una media dell'8,1%), valore poco distante da quello osservato in gravidanza.

Il consumo di tabacco in Provincia è risultato significativamente meno diffuso rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, sia durante la gravidanza sia alla data dell'intervista (per il totale delle mamme e per le sole mamme che stavano allattando).

Figura 4. Mamme fumatrici in gravidanza, in allattamento e alla data dell'intervista (P.A. Trento: n=1973 in gravidanza; n=1130 in allattamento; n=1974 alla data dell'intervista)



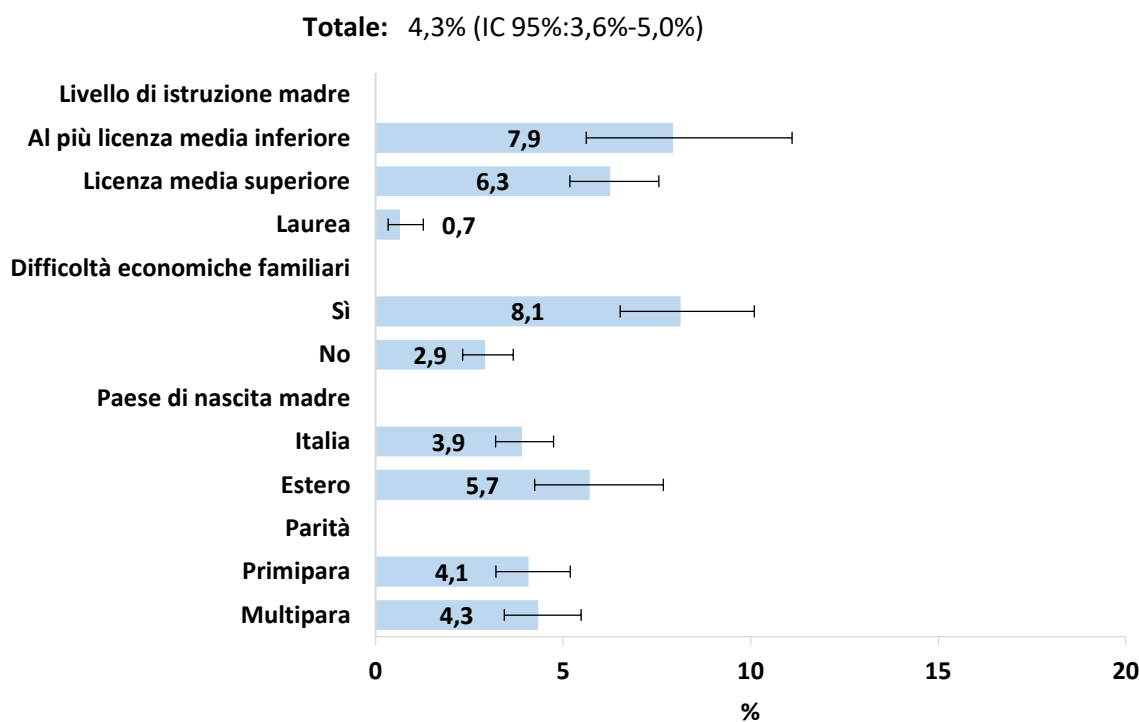
*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

Consumo di tabacco in gravidanza: differenze socio-economiche

Il consumo di tabacco in gravidanza in Provincia di Trento è risultato significativamente² più diffuso tra le mamme meno istruite e quelle che hanno riportato difficoltà economiche.

² Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

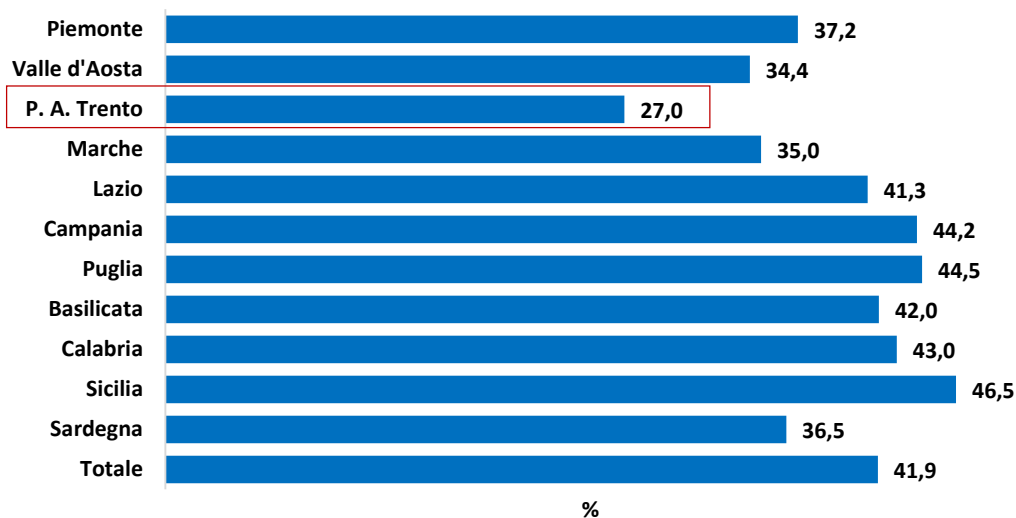
Figura 5. Mamme fumatrici in gravidanza per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1973)



Quanti bambini sono esposti al fumo passivo?

Alla data dell'intervista la percentuale di bambini della Provincia di Trento con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore è risultata pari al 27,0% (a fronte della media del 41,9% rilevata sul totale dei bambini nelle 11 regioni).

Figura 6. Bambini con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore alla data dell'intervista (P.A. Trento n=1989)



La quota di bambini potenzialmente esposti a fumo passivo scende al 17,5% se almeno uno dei due genitori risulta laureato, mentre sale al 39,8% se entrambi presentano al più la licenza media inferiore.

Conclusioni

Nonostante tra le mamme trentine siano state rilevate quote di fumatrici in gravidanza e in allattamento significativamente inferiori alle medie registrate nelle 11 regioni, i risultati confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta a tutte le donne e alla popolazione in generale sui rischi rappresentati dal consumo di tabacco. Attenzione particolare va rivolta alle donne più svantaggiate per condizioni socio-economiche (tra le meno istruite la diffusione del fumo in gravidanza è risultato fino a 10 volte maggiore rispetto alle più istruite).

Risulta inoltre necessario continuare a sensibilizzare tutti i genitori e la popolazione in generale sul pericolo dell'esposizione dei bambini al fumo passivo (per oltre un quarto dei bambini della Provincia è stata rilevata la presenza di almeno un genitore o altro convivente fumatore).

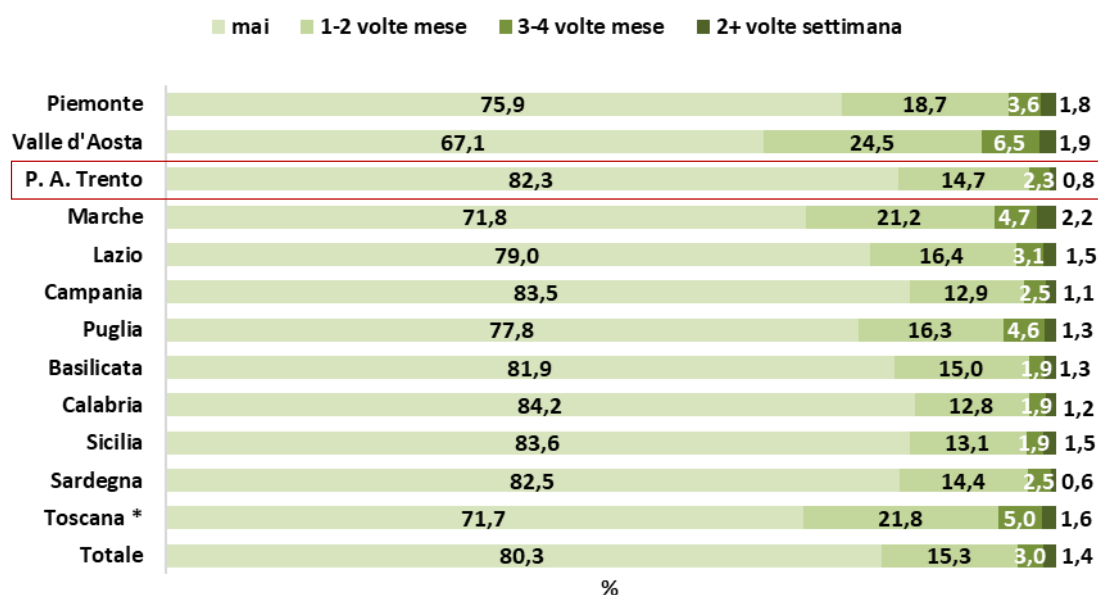
Consumo di bevande alcoliche

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 Provincia di Trento il 17,7% 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 2,3% ha dichiarato di aver assunto alcol 3-4 volte al mese e lo 0,8% 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 (P.A. Trento n=1972)

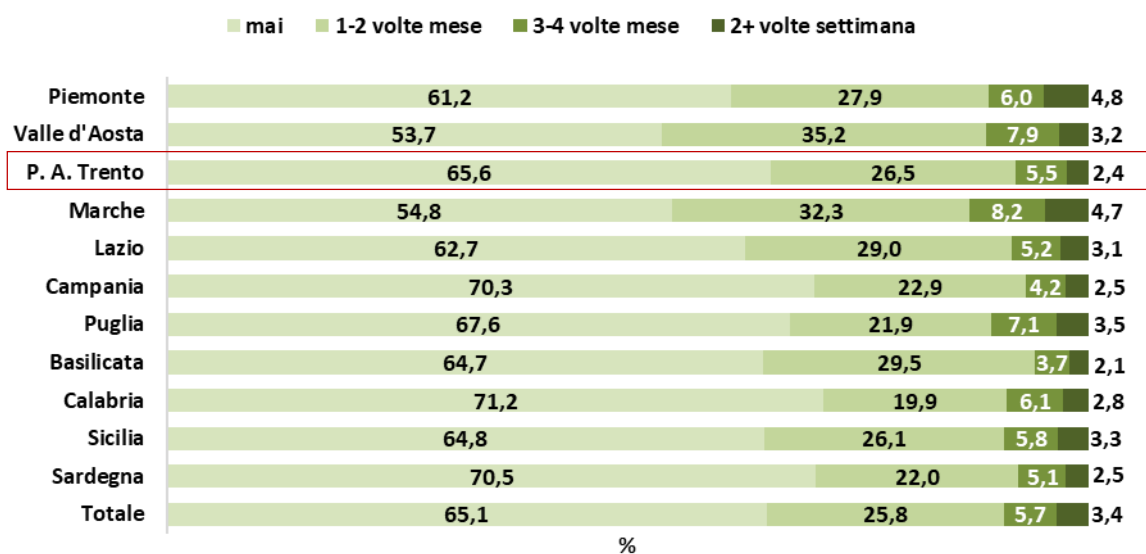


*Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana

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 2,9% delle mamme (le prevalenze variano tra l'1,6% e il 9,5% nelle 11 regioni).

Il consumo di alcol in allattamento, come osservato anche nelle altre regioni, è risultato più diffuso che in gravidanza. Il 34,4% 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 sovrapponibile alla media del 34,9% nelle 11 regioni). Considerando le frequenze di consumo più elevate, il 5,5% ha dichiarato di aver consumato alcol 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista e il 2,4% due o più volte a settimana nello stesso intervallo temporale (contro rispettivamente il 5,7% e il 3,4% nel pool di regioni partecipanti alla Sorveglianza).

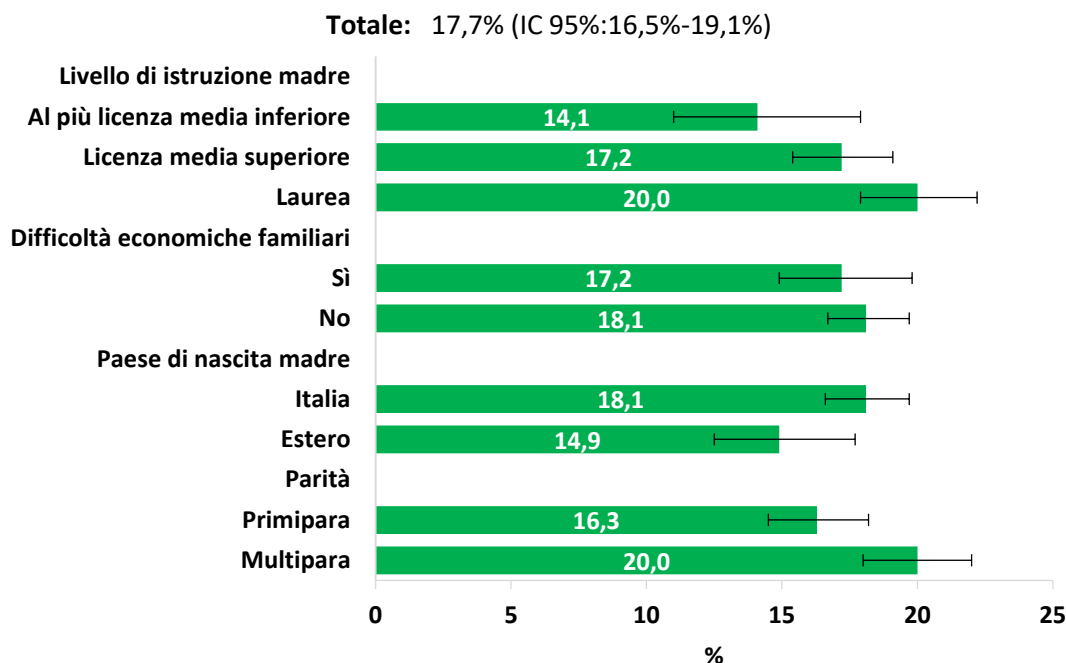
Figura 8. Consumo di bevande alcoliche in allattamento (P.A. Trento n=1103)



Consumo di bevande alcoliche in gravidanza: differenze socio-economiche

Il consumo di bevande alcoliche in gravidanza (con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) è risultato significativamente³ più diffuso tra le mamme più istruite e tra quelle che hanno già avuto almeno una gravidanza.

Figura 9. Mamme che hanno consumato alcol in gravidanza con periodicità di almeno 1-2 volte al mese per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1972)



³ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Conclusioni

Come nelle altre regioni, le quote di mamme che in Provincia di Trento hanno assunto alcol durante la gravidanza (poco meno di 2 su 10 con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese) e in allattamento (oltre 3 su 10 con una frequenza di almeno 1-2 volte nel mese precedente l'intervista) confermano la necessità di continuare a promuovere l'informazione rivolta a tutte le donne e alla popolazione in generale sui rischi per il bambino rappresentati dal consumo di alcol in gravidanza e allattamento.

Allattamento

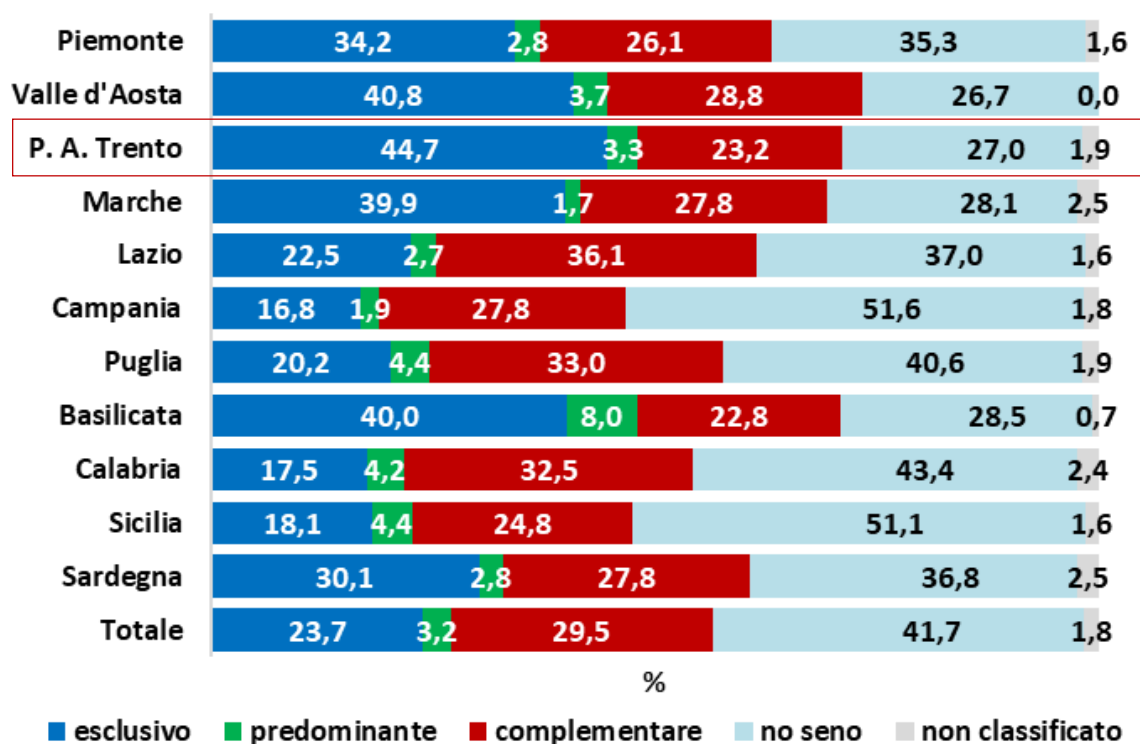
Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento sia per la mamma che per il bambino sono ampiamente documentate. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se desiderato dalla mamma e dal bambino),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

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

In Provincia di Trento la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 44,7% (valore significativamente più alto della media del 23,7% nelle 11 regioni), mentre un 27,0% non riceve 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; P.A. Trento n=423)

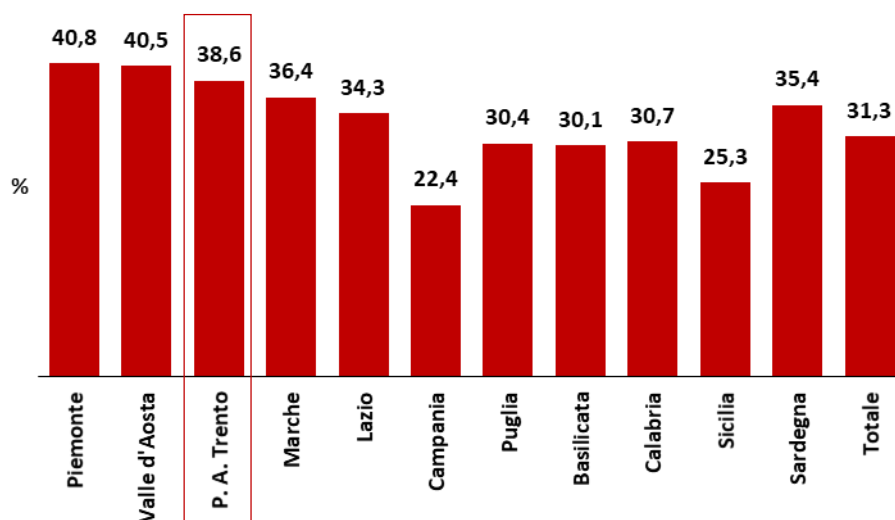


(*) La variabile "Tipologia di allattamento" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

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 38,6% (significativamente più alto della media del 31,3% nelle 11 regioni).

Figura 11. Bambini allattati nella fascia d'età 12-15 mesi compiuti (P.A. Trento n=482)



La quota di bambini che non hanno mai ricevuto latte materno è risultata invece pari al 5,7% (le prevalenze variano tra 5,0% e 18,4% nelle 11 regioni).

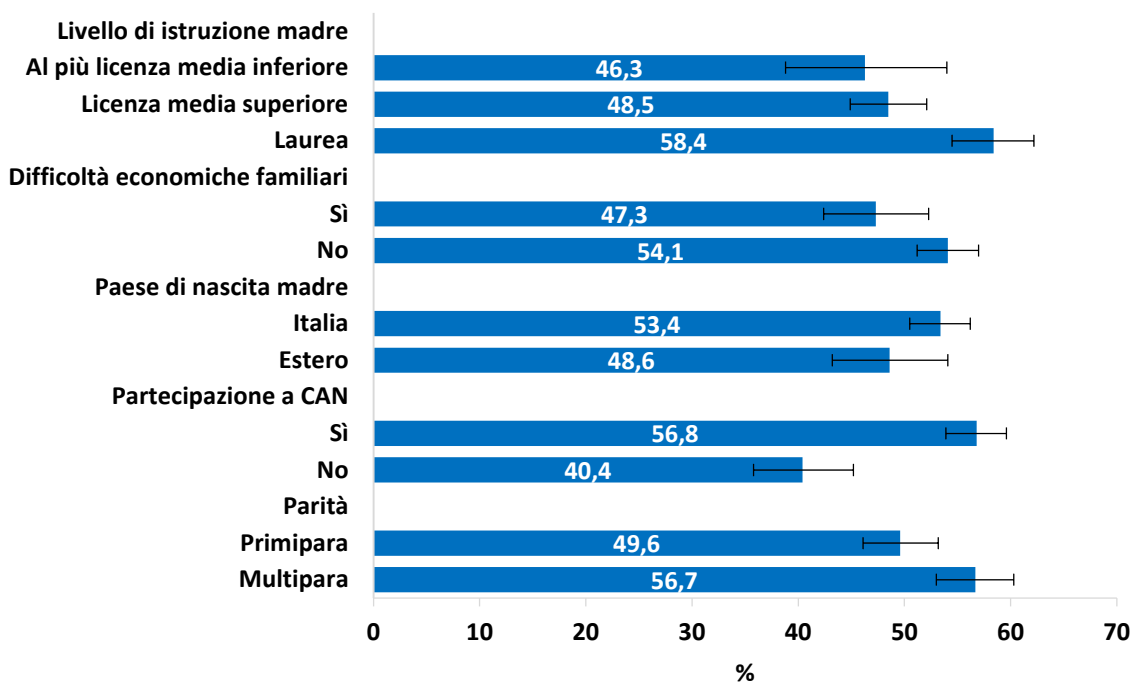
Allattamento esclusivo: differenze socio-economiche

Le differenze socio-economiche nella prevalenza dell'allattamento esclusivo in Provincia di Trento sono state analizzate su tutti i bambini di età inferiore a 6 mesi. L'allattamento esclusivo è risultato significativamente⁴ meno diffuso tra le mamme meno istruite, quelle che hanno riportato difficoltà economiche, quelle che non hanno mai seguito un CAN e le mamme primipare.

⁴ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari, partecipazione a CAN e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 12. Bambini di età inferiore a 6 mesi allattati in maniera esclusiva per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=895)

Totale: 52,4% (IC 95%:49,9%-54,8%)



Conclusioni

In Provincia di Trento sono state rilevate prevalenze di allattamento significativamente più elevate rispetto alle medie registrate nelle 11 regioni. Tuttavia, rispetto alle raccomandazioni generali dell'OMS, meno della metà dei bambini nella fascia d'età 4-5 mesi è risultato allattato in maniera esclusiva e meno di 4 bambini su 10 tra 12 e 15 mesi assumono latte materno.

A fronte delle evidenze e delle raccomandazioni a favore dell'allattamento, tali risultati confermano l'importanza di continuare ad investire in un'azione intersettoriale di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento rivolta a tutti i genitori e alla popolazione. Sostegno particolare va rivolto alle mamme più svantaggiate oltre che per condizioni socio-economiche anche per la mancata partecipazione a CAN. Un ruolo importante in quest'azione preventiva è quello svolto da programmi basati su prove di efficacia attuati quali l'iniziativa OMS-Unicef «Ospedali e Comunità Amici dei bambini», avviata anche presso tutti i punti nascita e i servizi sanitari territoriali della Provincia di Trento.

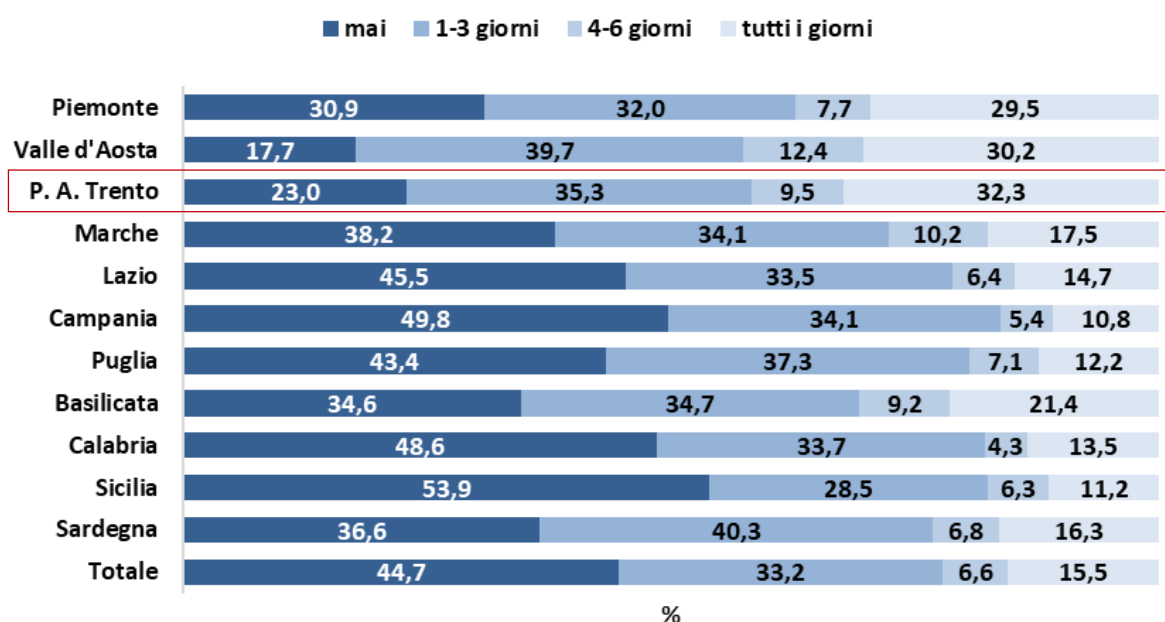
Lettura precoce in famiglia

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?

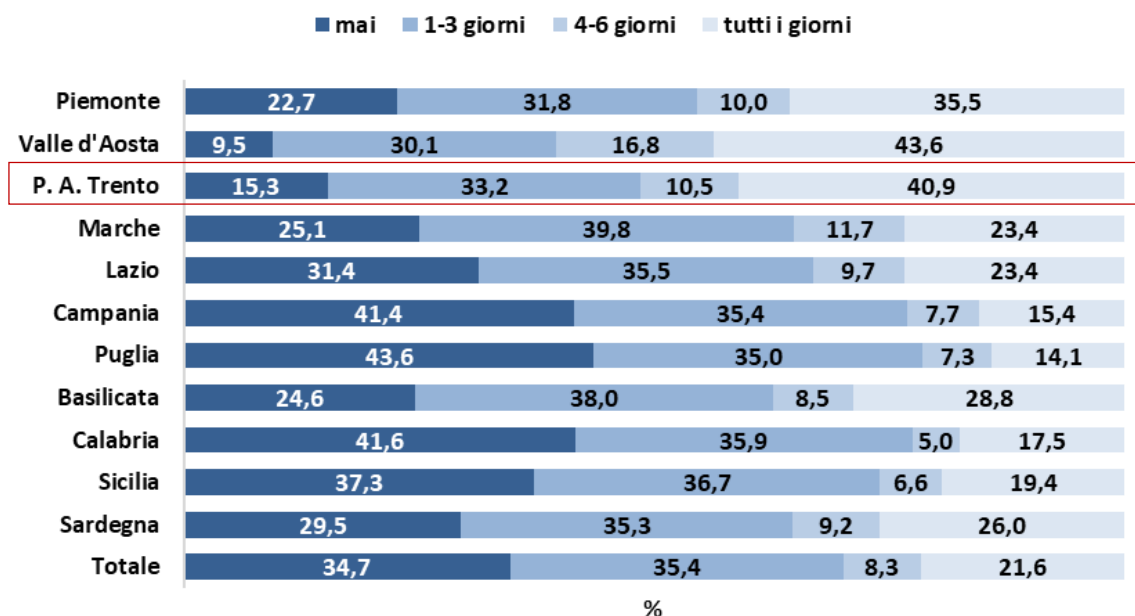
In Provincia di Trento non è mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista al 23,0% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 32,3% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana (le due percentuali risultano pari rispettivamente 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 (P.A. Trento n=617)



Tra i bambini di età superiore a 12 mesi la quota a cui non sono stati letti libri si riduce al 15,3% (34,7% nel pool di regioni), mentre sale a 40,9% 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 (P.A. Trento n=417)



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

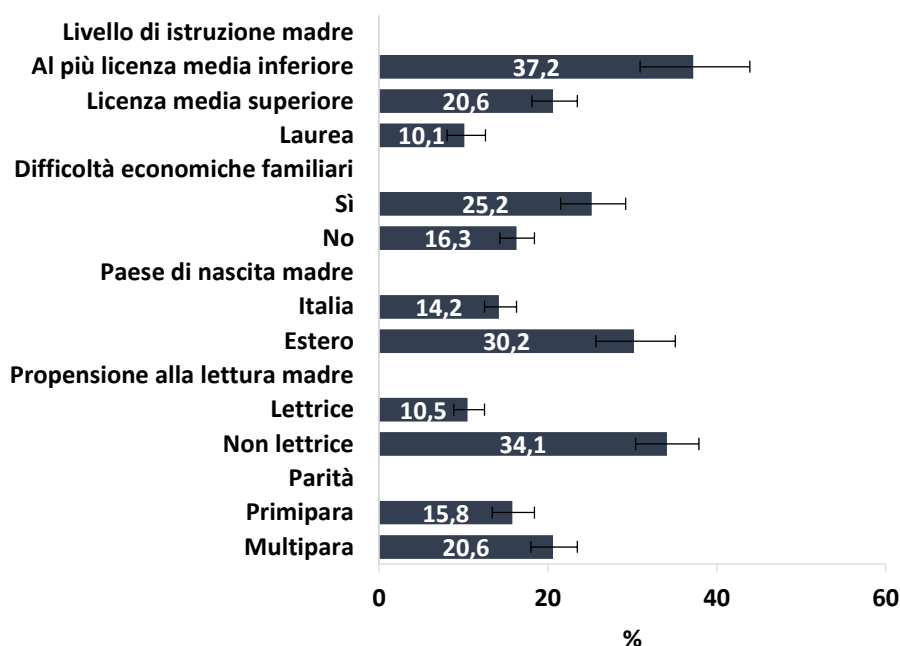
Letture precoci: differenze socio-economiche

Analizzando la diffusione della lettura precoce in Provincia di Trento, quote significativamente⁵ 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, quelle nate all'estero e le mamme non lettrici (coloro che nel corso dei 12 mesi precedenti l'intervista non hanno letto libri, se non per motivi strettamente scolastici o professionali).

⁵Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione, Paese di nascita e propensione alla lettura della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

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 – P.A. Trento (n=1034)

Totale: 18,8% (IC 95%:17,0%-20,6%)



Conclusioni

In Provincia di Trento i livelli di diffusione della lettura precoce in famiglia sono risultati tra i più alti rilevati nelle regioni partecipanti alla Sorveglianza. Sono tuttavia risultati del tutto esclusi dall'esposizione alla lettura quasi 2 bambini su 10 di almeno 6 mesi di età.

Pertanto, in ogni occasione di contatto con gli operatori, i genitori e tutti gli adulti che si occupano di bambini dovrebbero essere informati sull'importanza della lettura precoce in famiglia e sui benefici che ne derivano per lo sviluppo del bambino. Interventi mirati devono essere rivolti alle mamme che appartengono alle categorie socio-economicamente più svantaggiate e che sono nate all'estero, con attenzione anche alle mamme non lettrici.

Un ruolo importante in quest'azione preventiva, accanto agli operatori dei servizi socio-sanitari, è quello svolto dagli operatori dei servizi educativi e culturali, a partire dalle biblioteche, oltre che dai volontari che operano nell'ambito di programmi di riconosciuta efficacia quali "Nati per leggere".

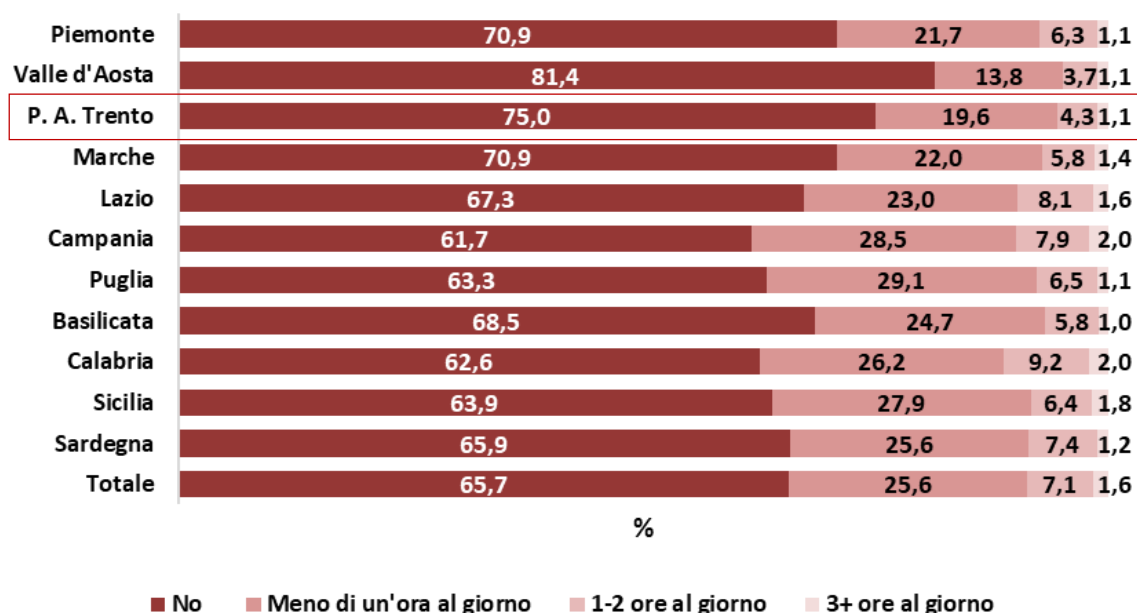
Esposizione a schermi

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?

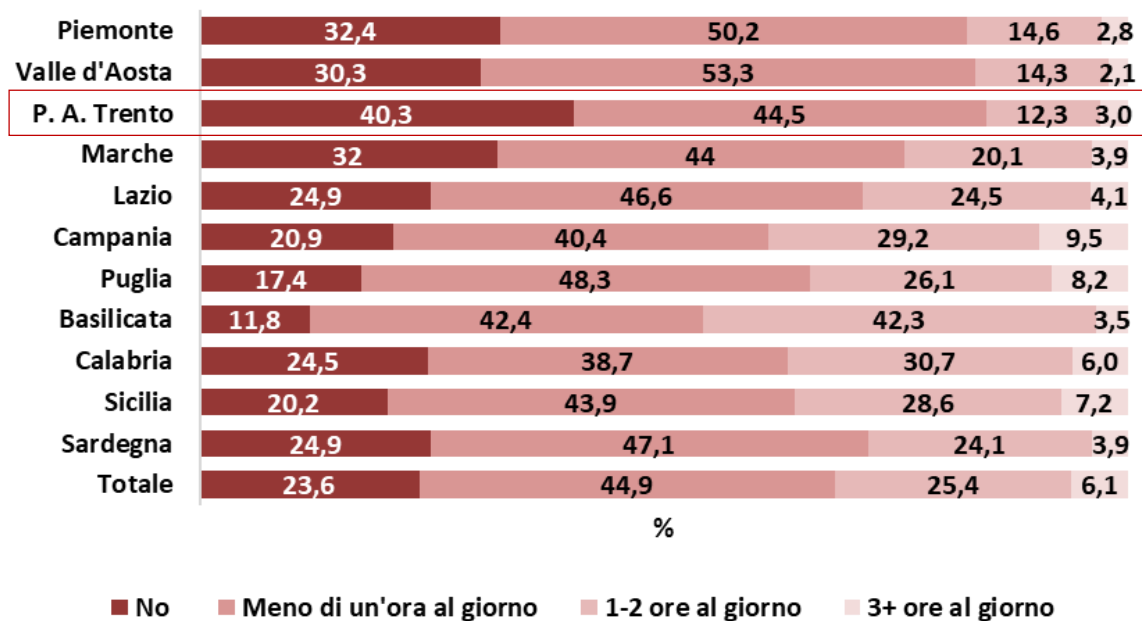
In Provincia di Trento la quota di bambini posti davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari già nei primi mesi di vita (fino a 6 mesi di età) è risultata pari al 25,0% (a fronte di una media nelle 11 regioni del 34,3%). La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un'ora al giorno davanti a uno schermo, ma il 5,4% 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 (P.A. Trento n=893)



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 15,3% (31,5% nel pool di regioni), mentre la quota di quelli mai esposti è risultata pari al 40,3% (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 (P.A. Trento n=419)



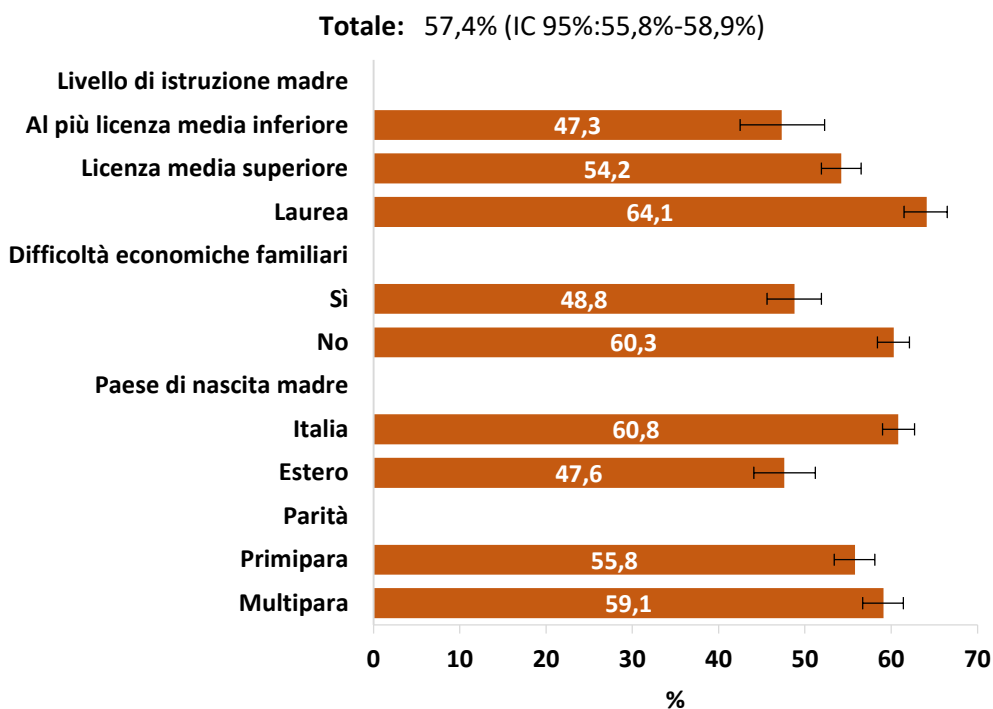
La quota di bambini non esposti a schermi in Provincia di Trento è risultata significativamente superiore alla media rilevata nelle 11 regioni, sia tra i bambini più piccoli sia tra i bambini sopra l'anno di età.

Esposizione a schermi: differenze socio-economiche

In Provincia di Trento la propensione a non esporre mai i bambini a schermi è risultata significativamente⁶ più bassa tra le mamme meno istruite, quelle che hanno riportato difficoltà economiche, le mamme nate all'estero e le primipare.

⁶ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenzatutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 18. Bambini non esposti a schermi per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1979)



Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche tra i bambini trentini l'esposizione a TV, computer, tablet o cellulari è risultata ampiamente diffusa, interessando un quarto dei bambini fino a 6 mesi di età e circa 6 su 10 di quelli sopra i 12 mesi, con frequenze di esposizione giornaliere crescenti al crescere dell'età e in presenza di condizioni di svantaggio socio-economico delle mamme.

Seppur le quote rilevate siano risultate inferiori alle medie osservate nelle 11 regioni, i risultati evidenziano la necessità di informare i genitori - e più in generale tutti gli adulti che si occupano dei bambini - dei rischi derivanti dall'uso inappropriato delle tecnologie audiovisive e digitali in età precoce.

Un ruolo importante in questa azione preventiva che riguarda un ambito nuovo ma molto impattante della vita quotidiana delle famiglie può essere svolto dagli operatori socio-sanitari e dagli educatori che hanno frequenti contatti con i genitori e gli adulti di riferimento.

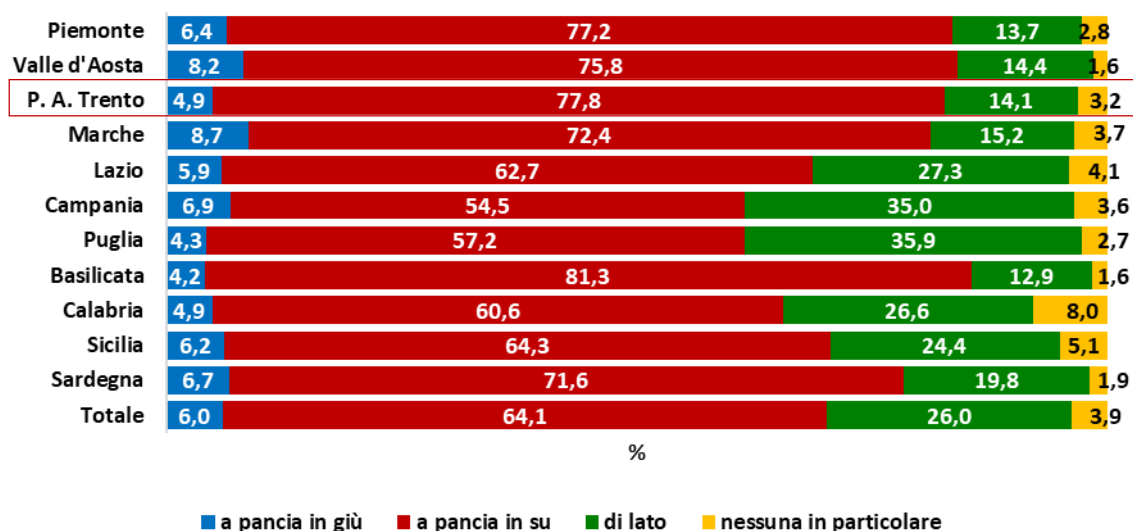
Posizione in culla

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 neonatale. Diversi interventi semplici ed efficaci sono stati individuati dalla ricerca scientifica al fine di ridurre il rischio; tra questi, mettere a dormire il bambino in posizione supina.

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

La grande maggioranza delle mamme nella provincia di Trento ha dichiarato di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (77,8%, valore significativamente superiore alla media del 64,1% nelle 11 regioni). Segue, tra le altre posizioni in cui il bambino viene più frequentemente posto in culla, quella di lato, adottata dal 14,1% delle mamme (a fronte di una media del 26,0%).

Figura 19. Posizione in culla (Bambini di età inferiore a 6 mesi ; P.A. Trento n=901)



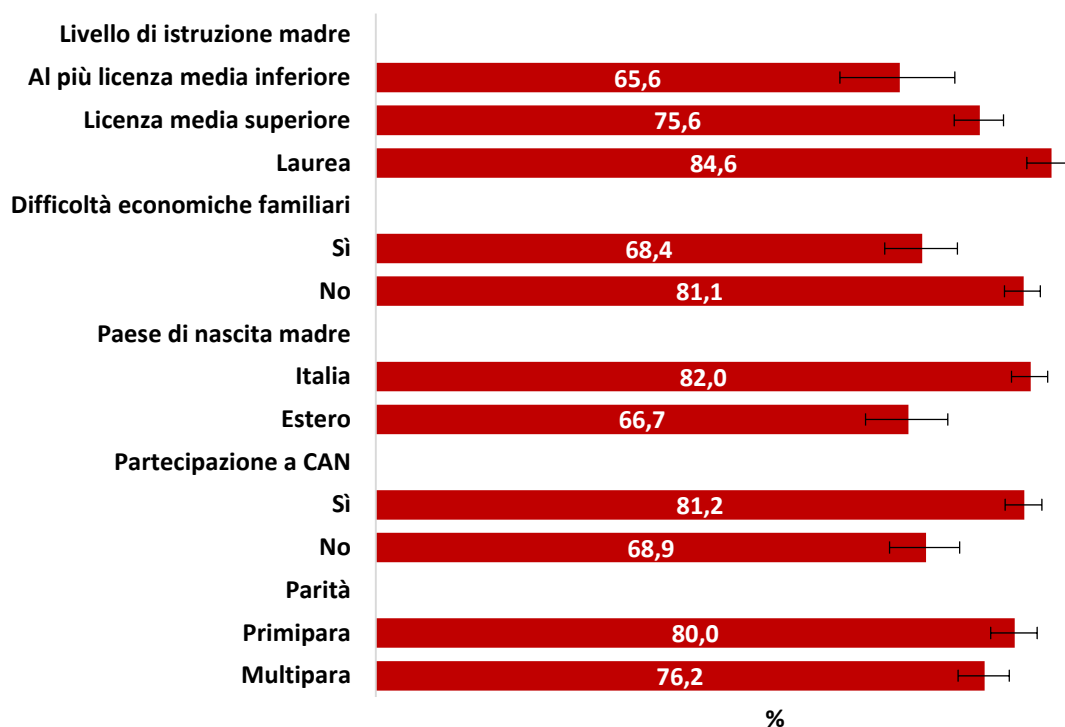
Posizione in culla: differenze socio-economiche

In Provincia di Trento la quota di mamme che posiziona correttamente il bambino in culla è risultata significativamente⁷ più bassa tra le meno istruite, quelle che hanno riportato difficoltà economiche, le mamme nate all'estero e quelle che non hanno seguito un CAN.

⁷ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari, partecipazione a CAN e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 20. Mamme che posizionano correttamente in culla il bambino per variabili socio-economiche (Bambini di età inferiore a 6 mesi) – P.A. Trento (n=901)

Totale: 77,8% (IC 95%:75,7%-79,8%)



Conclusioni

Nonostante in Provincia di Trento risulti più consolidata rispetto alla media delle altre regioni l'abitudine a mettere il bambino a dormire in posizione corretta, i risultati evidenziano la necessità di continuare a informare i genitori - e più ingenerale tutti gli adulti che si occupano del bambino - sulla posizione sicura raccomandata durante il sonno. Tale azione di informazione risulta necessaria in particolare con le mamme che appartengono alle categorie più svantaggiate per istruzione, difficoltà economiche, paese di nascita e mancanza di informazioni prenatali.

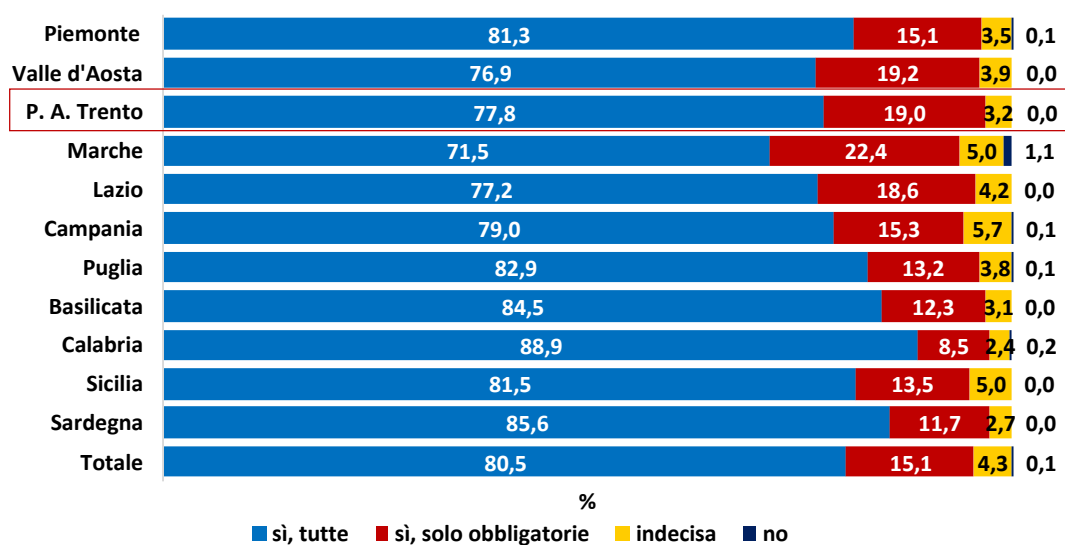
Vaccinazioni

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

Quali sono le intenzioni delle mamme riguardo alle future vaccinazioni?

Il 77,8% delle mamme trentine ha dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future, il 19,0% 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 3,2% (contro il 4,3% nelle 11 regioni).

Figura 21. Intenzioni riguardo alle vaccinazioni future (P.A. Trento n=1979)



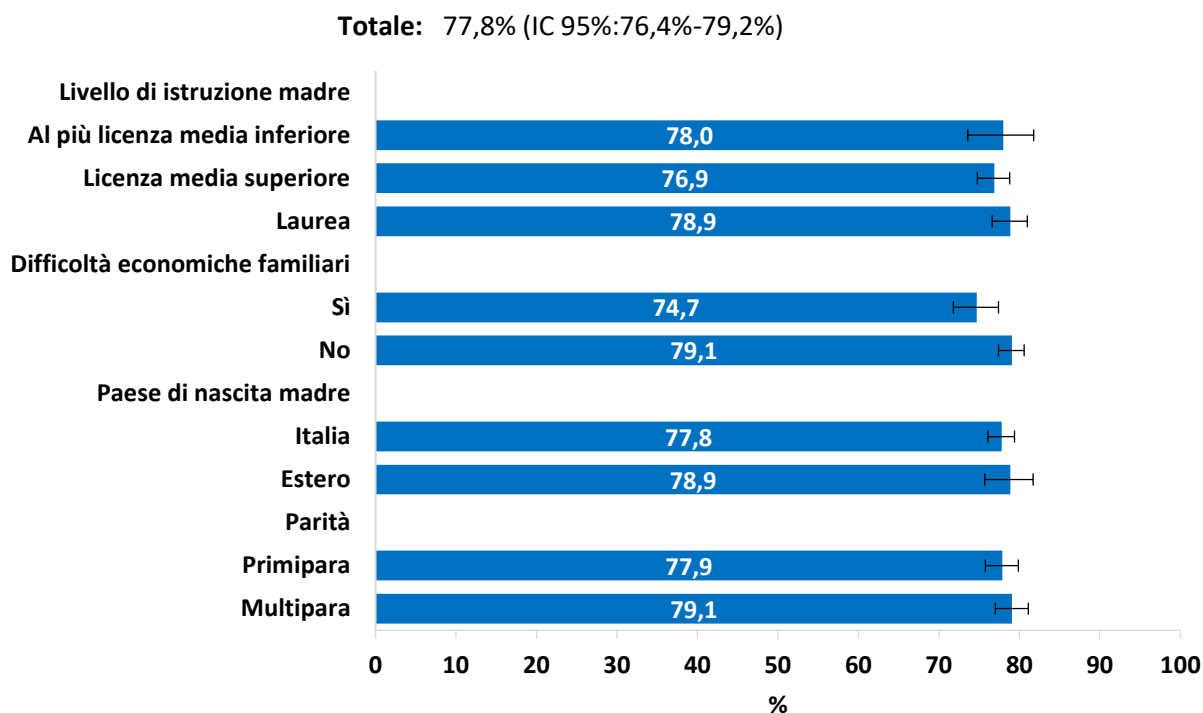
In Provincia di Trento la quota di mamme che intendono effettuare tutte le vaccinazioni future è risultata significativamente inferiore rispetto alla media rilevata nelle 11 regioni, mentre è risultata significativamente più elevata la quota di quelle intenzionate a effettuare soltanto le vaccinazioni obbligatorie.

Intenzioni vaccinali: differenze socio-economiche

L'intenzione di effettuare tutte le vaccinazioni future non è risultata significativamente⁸ associata con nessuna delle variabili considerate.

⁸ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 22. Mamme che hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1979)



Conclusioni

Considerato che in Provincia di Trento la quota di mamme che intendono effettuare tutte le vaccinazioni future è risultata inferiore alla media rilevata nelle 11 regioni, risulta importante rinforzare le attività di informazione sui vantaggi e sui rischi di tutti i vaccini, compresi quelli non obbligatori, così come delle malattie che essi possono prevenire in modo da facilitare scelte appropriate e consapevoli da parte dei genitori.

Incidenti domestici

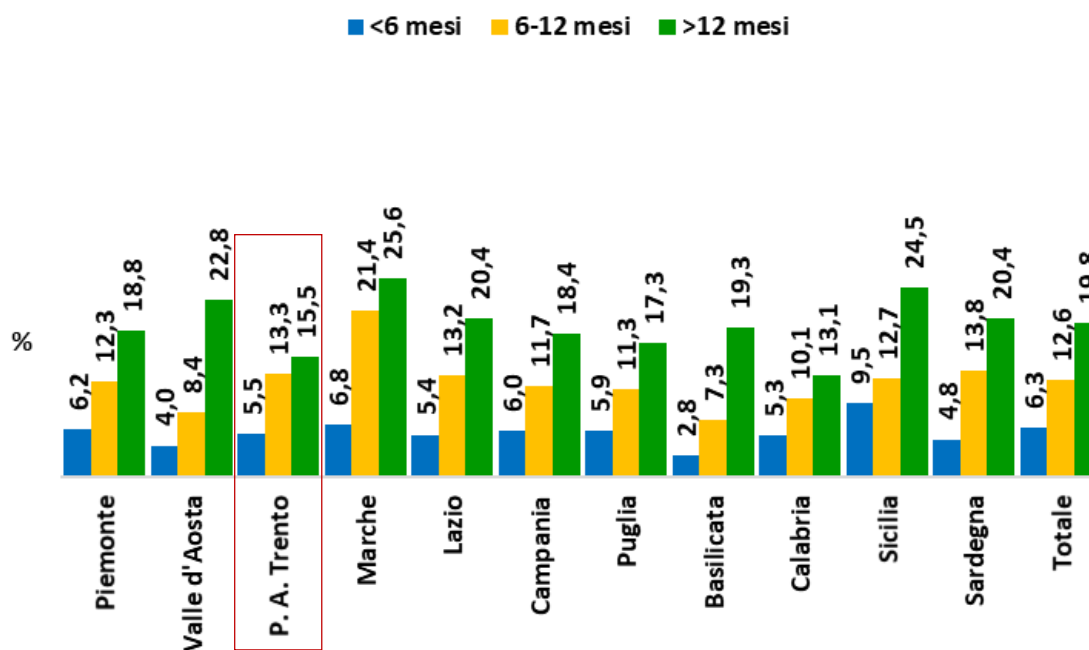
Il rischio di incorrere in un incidente domestico risulta elevato tra i bambini, in particolare nella fascia d'età fino a 5 anni. Tali incidenti possono essere in parte prevenuti attraverso adeguati accorgimenti.

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

In Provincia di Trento 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 5,5% 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 15,5% tra le mamme di bambini sopra l'anno di età (19,8% nel pool di regioni).

Per le mamme dei bambini di età superiore a 12 mesi la prevalenza è risultata significativamente inferiore rispetto a quella rilevata 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 (P.A. Trento: n=887 <6 mesi; n=607 6-12 mesi; n=420 >12 mesi)

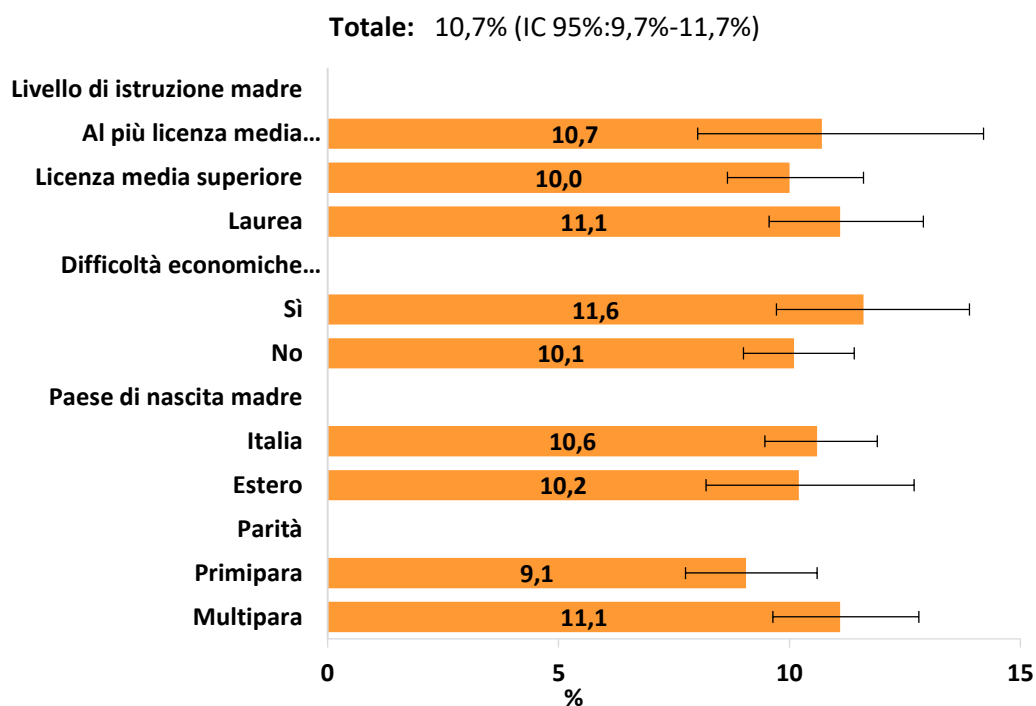


Incidenti domestici: differenze socio-economiche

I dati provinciali non hanno evidenziato differenze statisticamente significative⁹ nel ricorso a personale sanitario in seguito a incidente del bambino per le caratteristiche della mamma considerate.

⁹ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 24. Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1960)



Conclusioni

Come nelle restanti regioni partecipanti alla Sorveglianza, anche nella Provincia di Trento il ricorso a personale sanitario per incidenti occorsi al bambino è risultato non trascurabile. La cultura della sicurezza fin dai primi mesi di vita passa attraverso una serie di attenzioni e 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

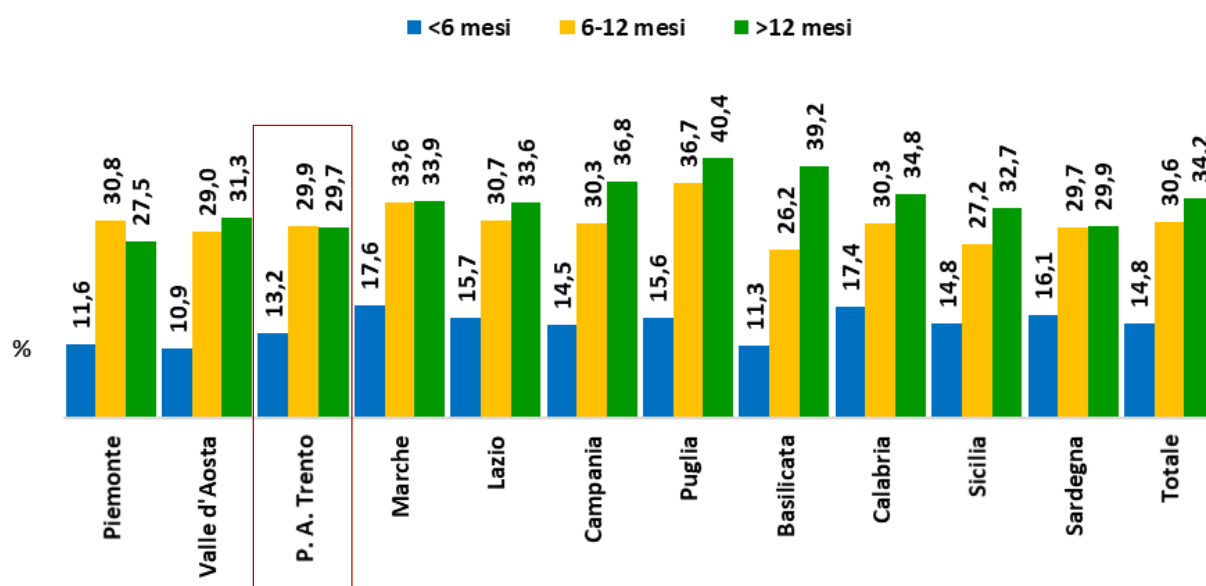
L'utilizzo corretto dei dispositivi di protezione per il trasporto in auto dei bambini può ridurre sensibilmente il rischio di traumi e di morte a seguito di incidente stradale.

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

In Provincia di Trento il 13,2% 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 29,9% tra le mamme di bambini di 6-12 mesi e al 29,7% sopra l'anno di età (rispettivamente 30,6% e 34,2% nel pool di regioni).

Per le mamme dei bambini di età superiore a 12 mesi la prevalenza 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 (P.A. Trento: n=886 <6mesi; n=611 6-12 mesi; n=415 >12mesi)

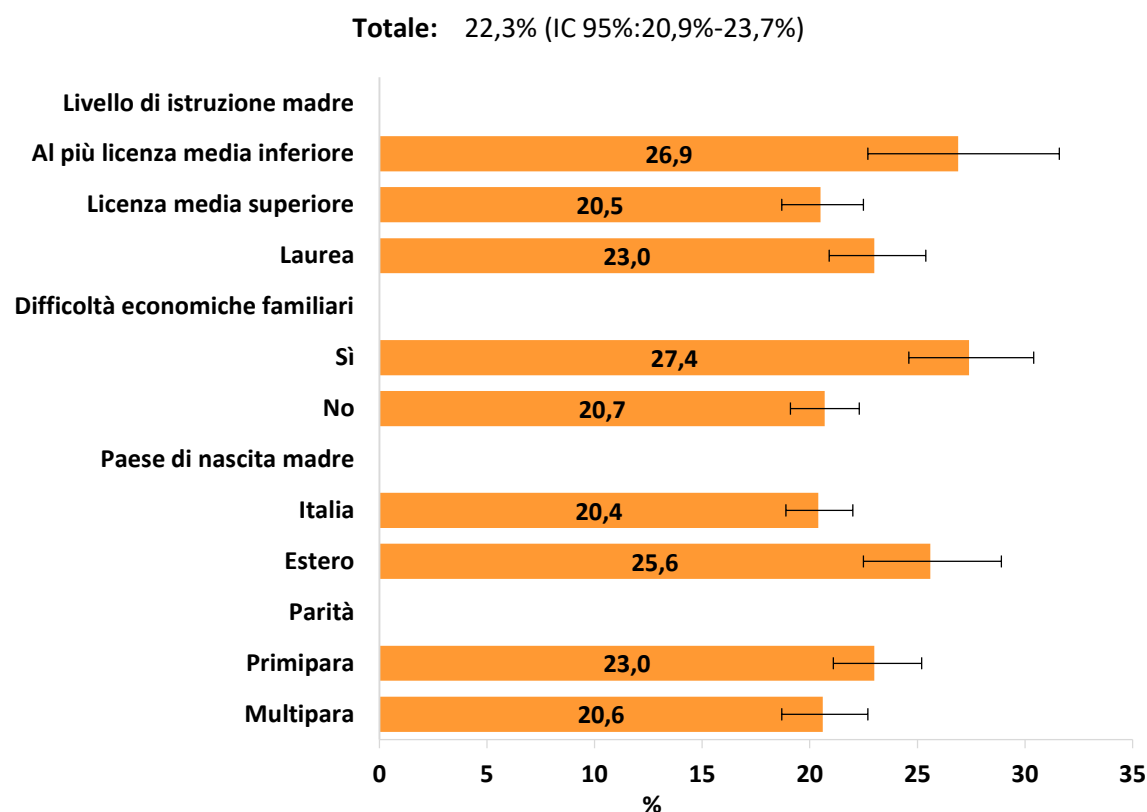


Difficoltà nell'uso del seggiolino: differenze socio-economiche

Tra le mamme trentine le difficoltà nell'uso del seggiolino sono risultate significativamente¹⁰ più diffuse tra le meno istruite, quelle che hanno riferito difficoltà economiche, quelle nate all'estero e le primipare.

¹⁰ Confermato dall'analisi multivariata condotta mediante un modello di regressione logistica in cui è stato valutato l'effetto di ciascuno dei fattori considerati (livello di istruzione e Paese di nascita della madre, difficoltà economiche familiari e parità) in presenza di tutti gli altri e della variabile età materna.

Figura 26. Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per variabili socio-economiche – P.A. Trento (n=1957)



Conclusioni

Come nelle altre regioni partecipanti alla Sorveglianza, la diffusione delle difficoltà nell'uso del seggiolino riportate dalle mamme trentine 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, in particolare quelli che manifestano più difficoltà, e coloro che si occupano del bambino sull'importanza dell'uso costante e corretto dei dispositivi di protezione, anche per brevi tragitti, al fine di garantire a tutti i bambini la sicurezza durante il trasporto in automobile.

CONCLUSIONI GENERALI

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

La Sorveglianza Bambini 0-2 anni rappresenta una risorsa strategica per disporre di dati di popolazione in grado di stimare le prevalenze di comportamenti protettivi o a rischio e per elaborare interventi di promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita.

Facendo proprio l'approccio olistico del Programma GenitoriPiù, la Sorveglianza promuove e sostiene la produzione di conoscenza utile alla formazione continua degli operatori socio-sanitari, all'*empowerment* delle famiglie e delle comunità e all'orientamento della programmazione socio-sanitaria in ambito materno-infantile.

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

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

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

SINTESI DEI RISULTATI NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La prima raccolta dati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni ha evidenziato un elevatissimo tasso di partecipazione delle mamme trentine (99%).

Il 71% delle intervistate ha almeno 30 anni (il 37% ne ha almeno 35), il 40% ha la laurea, l'85% ha un lavoro e, tuttavia, il 27% dichiara di avere qualche (o molte) difficoltà economiche. Per la metà delle mamme si tratta del primo figlio e il 72% ha partecipato in occasione di questa gravidanza o di una precedente a un corso di accompagnamento alla nascita.

Nonostante i dati trentini evidenzino comportamenti generalmente migliori rispetto a quelli delle altre regioni che hanno partecipato alla Sorveglianza, restano comunque margini di miglioramento più o meno ampi a seconda del determinante di salute indagato.

Durante la gravidanza quasi tutte le donne hanno assunto acido folico per la prevenzione delle malformazioni congenite (92%), ma solamente il 25% lo ha assunto in modo appropriato da prima del concepimento fino al terzo mese di gravidanza, percentuale che rimane bassa (29%) anche considerando esclusivamente le donne che hanno programmato la gravidanza.

Il 4% delle donne ha fumato in gravidanza e il 5% in allattamento; il 27% dei bambini ha genitori o altri conviventi fumatori. Il 18% delle mamme ha assunto alcol almeno 1-2 volte al mese in gravidanza e il 34% in allattamento. Il 3% delle mamme ha riferito episodi di binge drinking (ovvero ha consumato almeno 4 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione) durante la gravidanza.

Il 6% dei bambini non ha mai ricevuto latte materno. A 4-5 mesi il 45% dei bambini è alimentato esclusivamente con latte materno, in accordo con le raccomandazioni OMS; il 26,5% assume oltre al latte materno altri cibi o bevande, mentre il 27% dei bambini non riceve più latte materno. A 12-15 mesi il 39% dei bambini riceve ancora latte materno.

La lettura quotidiana in famiglia, sebbene diffusa, non è una regolare consuetudine per tutti: è una prassi per il 32% dei bambini di 6-12 mesi e per il 41% dei bambini di oltre 1 anno, ma nessuno legge mai al 23% dei bambini di 6-12 mesi e al 15% di quelli di oltre 12 mesi.

Per contro risulta particolarmente diffusa l'esposizione precoce dei bambini agli schermi: questa abitudine riguarda il 25% dei bambini di meno di 6 mesi e il 60% di quelli di oltre 12 mesi.

Margini di miglioramento ci sono anche rispetto al corretto posizionamento del bambino in culla e all'uso dei dispositivi di sicurezza in auto. Il 22% delle mamme mette a dormire il proprio bambino in una posizione diversa da quella raccomandata a pancia in su e il 30% delle mamme di bimbi di almeno 6 mesi dichiara di avere difficoltà nell'uso dei seggiolini (13% per le mamme di bambini di meno di 6 mesi).

Tra le variabili considerate, istruzione e condizione economica sono i determinanti che più influenzano i comportamenti delle mamme. Bassi livelli di istruzione e difficoltà economiche favoriscono comportamenti meno virtuosi per la salute del bambino. Mamme meno istruite e meno avvantaggiate economicamente hanno maggiore probabilità: di non assumere correttamente l'acido folico, di fumare in gravidanza, di non allattare, di non leggere al proprio bambino e di esporlo agli schermi, di non posizionare correttamente il bambino nella culla e di riferire difficoltà nell'uso dei dispositivi di sicurezza per la macchina.

Considerate le solide evidenze sui benefici a lungo termine dei determinanti indagati dalla Sorveglianza 0-2, anche in Provincia di Trento risulta quindi necessario rinforzare gli interventi universali e i programmi intersettoriali di promozione delle buone pratiche per la salute materno-infantile, con un impegno complessivo di sistema e attenzione particolare rivolta ai bambini e ai genitori che appartengono ai sottogruppi di popolazione più svantaggiati.

TABELLE

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	461	29,0 (27,3-30,7)
Età madre		
≤34 anni	264	22,1 (25,0-29,2)
>35 anni	192	27,5 (29,6-35,3)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	29	19,1 (14,8-24,3)
Licenza media superiore	180	24,2 (21,9-26,6)
Laurea	247	36,8 (34,1-39,6)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	76	19,8 (16,9-23,0)
No	373	31,6 (29,6-33,7)
Paese di nascita madre		
Italia	389	32,1 (30,2-34,2)
Estero	50	17,7 (14,6-21,4)
Parità		
Primipara	236	31,5 (29,0-34,1)
Multipara	200	27,5 (25,1-30,1)

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	84	4,3 (3,6-5,0)
Età madre		
≤34 anni	59	4,8 (4,0-5,8)
>35 anni	26	3,6 (2,7-4,8)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	18	7,9 (5,6-11,1)
Licenza media superiore	59	6,3 (5,2-7,6)
Laurea	5	0,7 (0,3-1,3)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	43	8,1 (6,5-10,1)
No	41	2,9 (2,3-3,7)
Paese di nascita madre		
Italia	55	3,9 (3,2-4,8)
Estero	24	5,7 (4,2-7,7)
Parità		
Primipara	37	4,1 (3,2-5,2)
Multipara	39	4,3 (3,4-5,5)

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	n	% (IC 95%)
Totale	350	17,7 (16,5-19,1)
Età madre		
≤34 anni	201	16,6 (15,0-18,2)
>35 anni	147	20,2 (18,1-22,6)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	32	14,1 (11,0-17,9)
Licenza media superiore	163	17,2 (15,4-19,1)
Laurea	152	20,0 (17,9-22,2)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	91	17,2 (14,9-19,8)
No	255	18,1 (16,7-19,7)
Paese di nascita madre		
Italia	255	18,1 (16,6-19,7)
Estero	63	14,9 (12,5-17,7)
Parità		
Primipara	148	16,3 (14,5-18,2)
Multipara	174	20,0 (18,0-22,0)

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	469	52,4 (49,9-54,8)
Età madre		
≤34 anni	312	53,2 (50,1-56,2)
>35 anni	152	50,7 (46,4-54,9)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	44	46,3 (38,8-54,0)
Licenza media superiore	209	48,5 (44,9-52,1)
Laurea	209	58,4 (54,5-62,2)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	106	47,3 (42,4-52,3)
No	356	54,1 (51,2-57,0)
Paese di nascita madre		
Italia	89	53,4 (50,5-56,2)
Estero	349	48,6 (43,2-54,1)
Partecipazione a CAN (*)		
Sì	368	56,8 (53,9-59,6)
No	97	40,4 (35,8-45,2)
Parità		
Primipara	210	49,6 (46,1-53,2)
Multipara	229	56,7 (53,0-60,3)

(*) 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	n	% (IC 95%)
Totale	194	18,8 (17,0-20,6)
Età madre		
≤34 anni	110	18,4 (16,2-20,9)
>35 anni	78	18,4 (15,8-21,4)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	45	37,2 (30,9-43,9)
Licenza media superiore	102	20,6 (18,1-23,5)
Laurea	41	10,1 (8,1-12,6)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	72	25,2 (21,5-29,2)
No	119	16,3 (14,3-18,4)
Paese di nascita madre		
Italia	107	14,2 (12,5-16,3)
Estero	64	30,2 (25,7-35,1)
Propensione alla lettura madre		
Lettrici (*)	67	10,5 (8,8-12,5)
Non lettrici	120	34,1 (30,4-37,9)
Parità		
Primipara	75	15,8 (13,4-18,4)
Multipara	99	20,6 (18,0-23,5)

(*) 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	n	% (IC 95%)
Totale	1135	57,4 (55,8-58,9)
Età madre		
≤34 anni	683	56,3 (54,2-58,3)
>35 anni	431	59,0 (56,4-61,7)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	107	47,3 (42,5-52,3)
Licenza media superiore	514	54,2 (51,9-56,5)
Laurea	492	64,1 (61,5-66,5)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	258	48,8 (45,6-51,9)
No	852	60,3 (58,4-62,1)
Paese di nascita madre		
Italia	864	60,8 (59,0-62,7)
Eestero	200	47,6 (44,1-51,2)
Parità		
Primipara	508	55,8 (53,4-58,1)
Multipara	531	59,1 (56,7-61,4)

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	701	77,8 (75,7-79,8)
Età madre		
≤34 anni	454	76,8 (74,1-79,3)
>35 anni	240	80,0 (76,3-83,2)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	63	65,6 (58,1-72,5)
Licenza media superiore	329	75,6 (72,4-78,6)
Laurea	302	84,6 (81,5-87,2)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	156	68,4 (63,7-72,8)
No	535	81,1 (78,7-83,2)
Paese di nascita madre		
Italia	536	82,0 (79,6-84,1)
Estero	124	66,7 (61,3-71,6)
Partecipazione a CAN (*)		
Sì	528	81,2 (78,8-83,4)
No	168	68,9 (64,3-73,1)
Parità		
Primipara	341	80,0 (77,0-82,8)
Multipara	308	76,2 (72,9-79,3)

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

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	1540	77,8 (76,4-79,2)
Età madre		
≤34 anni	940	77,2 (75,3-78,9)
>35 anni	579	79,3 (77,0-81,5)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	177	78,0 (73,6-81,8)
Licenza media superiore	731	76,9 (74,8-78,8)
Laurea	606	78,9 (76,6-81,0)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	389	74,7 (71,8-77,4)
No	1118	79,1 (77,4-80,6)
Paese di nascita madre		
Italia	1103	77,8 (76,1-79,4)
Estero	332	78,9 (75,7-81,7)
Parità		
Primipara	713	77,9 (75,8-79,9)
Multipara	713	79,1 (77,0-81,1)

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	209	10,7 (9,7-11,7)
Età madre		
≤34 anni	131	10,9 (9,7-12,3)
>35 anni	73	10,0 (8,5-11,8)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	24	10,7 (8,0-14,2)
Licenza media superiore	94	10,0 (8,7-11,6)
Laurea	85	11,1 (9,6-12,9)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	61	11,6 (9,7-13,9)
No	142	10,1 (9,0-11,4)
Paese di nascita madre		
Italia	150	10,6 (9,5-11,9)
Estero	42	10,2 (8,2-12,7)
Parità		
Primipara	82	9,1 (7,8-10,6)
Multipara	99	11,1 (9,6-12,8)

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

Caratteristiche socio-demografiche	n	% (IC 95%)
Totale	436	22,3 (20,9-23,7)
Età madre		
≤34 anni	266	22,3 (20,5-24,1)
>35 anni	162	22,3 (20,1-24,7)
Livello di istruzione madre		
Al più licenza media inferiore	59	26,9 (22,7-31,6)
Licenza media superiore	193	20,5 (18,7-22,5)
Laurea	176	23,0 (20,9-25,4)
Difficoltà economiche familiari		
Sì	142	27,4 (24,6-30,4)
No	290	20,7 (19,1-22,3)
Paese di nascita madre		
Italia	289	20,4 (18,9-22,0)
Estero	392	25,6 (22,5-28,9)
Parità		
Primipara	209	23,0 (21,1-25,2)
Multipara	183	20,6 (18,7-22,7)

MATERIALI BIBLIOGRAFICI

La promozione della salute nei primi 1000 giorni

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332068>,
2. World Health Organization. United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, <https://nurturing-care.org/>.
3. World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/improving-early-childhood-development-who-guideline>.
4. World Health Organization. Knowledge Network For Early Child Development Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development, http://www.who.int/social_determinants/resources/eecd.pdf.
5. Pizzi E, Salvatore MA, Lauria L et al. Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019. *Boll Epidemiol Naz* 2020;1(1): 6-10.
6. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102.
7. Save the Children. Il miglior inizio. Disuguaglianze e opportunità nei primi anni di vita, 2019 <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/il-miglior-inizio-disuguaglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita.pdf>
8. Black ME, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017;389 (10064):77-90.
9. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):103-18.
10. Miniello VL, Diaferio L, Verduci E. I 1.000 giorni che ipotecano il futuro. *Pediatria Preventiva e Sociale* 2016; ANNO XI:1.
11. World Health Organization. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health, 2020, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf.
12. Sidebotham P, Fraser J, Covington T et al. Understanding why children die in high-income countries. *Lancet* 2014, 384 (9946):915-27
13. World Health Organization. Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87084/1/9789241505901_eng.pdf
14. World Health Organization Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, 2013, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
15. WHO Regional Office for Europe Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, 2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
16. Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale, 2016, <http://www.thelancet.com/series/ECD2016>.
17. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378: 1325–38.
18. Daelmans B, Bòack MM, Lombardi J et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ* 2015;351:h4029.

Assunzione di acido folico

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

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

Consumo di tabacco

1. Soesanti F, Uiterwaal CSPM, Grobbee DE, Hendarto A, Dalmeijer GW, Idris NS. Antenatal exposure to second hand smoke of non-smoking mothers and growth rate of their infants. *PLoS One* 2019;14(6),
2. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, et al. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis* 2019;17.
3. Soneji S, Beltrán-Sánchez H. Association of Maternal Cigarette Smoking and Smoking Cessation With Preterm Birth. *JAMA Netw open* 2019;2(4):e192514
4. Govindarajan P, Spiller HA, Casavant MJ et al. E-Cigarette and Liquid Nicotine Exposures Among Young Children. *Pediatrics* 2018;141(5):e201733613.
5. Pineles BL, Hsu S, Park E and Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol* 2016;184(2):87-97.
6. Cui H, Gong TT, Liu CX, Wu QJ. Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: Evidence from a meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2016;11(1):e0147848-e0147848.
7. Banderali G, Martelli A, Landi M, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med* 2015;13:327.
8. Wong MK, Barra NG, Alfaidy N et al. Adverse effects of perinatal nicotine exposure on reproductive outcomes. *Reproduction* 2015;150(6) R185-R193.
9. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T et al. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:239.
10. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2014;179(7):807-823.
11. Zhang K, Wang X. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med* 2013;15(3):115-121.
12. England MC, Benjamin A, Abenham HA. Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol* 2013;30(10):821-826.
13. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2011;127(4):734-741.
14. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et. al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2011;377(9760):139-146.
15. Sbrogiò L, Tamburlini G, Allegri F. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita. In Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009; 69-77.
16. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669524>
17. Samet JM, Sockrider M. Secondhand smoke exposure: Effects in children <https://www.uptodate.com/contents/secondhand-smoke-exposure-effects-in-children>
18. Rodriguez D. Cigarette and tobacco products in pregnancy: Impact on pregnancy and the neonate <https://www.uptodate.com/contents/cigarette-and-tobacco-products-in-pregnancy-impact-on-pregnancy-and-the-neonate>

Consumo di bevande alcoliche

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

Allattamento

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

9. Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A, Commission E. Alimentazione Dei Lattanti e Dei Bambini Fino a Tre Anni: Raccomandazioni Standard per l'Unione Europea, 2006, <http://www.aicpam.org/wp-content/uploads/2011/07/eupolicy06it.pdf>
10. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506. doi:10.1542/peds.2004-2491.
11. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841
12. Horta BL, Victora CG Long-Term Effects of Breastfeeding. Vol 129. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18198630>
13. UNICEF. Standard per Le Buone Pratiche per Gli Ospedali, 2012, https://www.unicef.it/Allegati/Standard_BFHI_2mag12_1.pdf
14. UNICEF. Infant and young child feeding, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>
15. WHO - World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants, https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
16. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action, 2004 http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
17. UNICEF Italia. Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento al seno, <https://www.unicef.it/doc/151/dichiarazione-degli-innocenti-sulla-protezione-la-promozione-e-il-sostegno-allallattamento-al-seno.htm>.
18. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA, 2008. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/.

Letture precoci in famiglia

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

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

Esposizione a schermi

1. Attai P, Szabat J, Anzman-Frasca S, Kong KL. Associations between Parental and Child Screen Time and Quality of the Home Environment: A Preliminary Investigation. *Int J Environ Res Public Health* 2020;27;17(17):6207.
2. Chen B, van Dam RM, Tan CS et al. Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public Health*. 2019;19(1):59.
3. Adams EL, Marini ME, Stokes J et al. INSIGHT responsive parenting intervention reduces infant's screen time and television exposure. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018;15(1):24.
4. Assathiany R(1), Guery E(2), Caron FM(3), et al. Children and screens: A survey by French pediatricians. *Arch Pediatr* 2018;25(2):84-88.
5. Anderson DR, Subrahmanyam K; Cognitive Impacts of Digital Media Workgroup. Digital Screen Media and Cognitive Development. *Pediatrics* 2017;140(Suppl 2):S57-S61.
6. Hutton JS, Lin L, Gruber R et al. Shared Reading and Television Across the Perinatal Period in Low-SES Households. *Clin Pediatr (Phila)* 2018;57(8):904-912.
7. Raman S, Guerrero-Duby S, McCullough JL et al Screen Exposure During Daily Routines and a Young Child's Risk for Having Social-Emotional Delay. *Clin Pediatr (Phila)* 2017;56(13):1244-1253.
8. Cheung CH, Bedford R, Saez De Urabain IR et al. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep* 2017;7:46104.
9. Chonchaiya W, Sirachairat C, Vijakhana N et al. Elevated background TV exposure over time increases behavioural scores of 18-month-old toddlers. *Acta Paediatr* 2015;104(10):1039-46.
10. Radesky JS, Christakis DA. Increased Screen Time: Implications for Early Childhood Development and Behavior. *Pediatr Clin North Am* 2016;63(5):827-39.
11. Balbinot V, Toffol G, Tamburlini G. Tecnologie digitali e bambini: un'indagine sul loro utilizzo nei primi anni di vita. *Medico e Bambino* 2016;35:631-6.
12. Council on communications and media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5).
13. Tamburlini G, Balbinot V (a cura di). Tecnologie digitali e bambini: indicazioni per un utilizzo consapevole. *Medico e Bambino* 2015;34:31-8.
14. Njoroge FMW, Elenbaas LM, Garrison MM et al, Parental cultural attitudes and beliefs regarding young children and television. *JAMA Pediatr* 2013;167(8):739-45.
15. Council on Communications and Media, Brown A. Media use by children younger than 2 years. *Pediatrics* 2011;128 (5):1040-5.
16. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA et al The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev* 2009;80(5):1350-9,
17. Aydin D, Feychting M, Schüz J, et. al. Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study. *J Natl Cancer Inst* 2011;103(16):1264-76.
18. Gentzkow M, Shapiro M. Does television rot your brain? New evidence from the coleman study. University of Chicago, 2006.
19. Nunez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Emanuel DJ, Gross CP. Media and child and adolescent health: A Systematic Review. Washington, DC: Common Sense Media, 2008.
20. Shonkoff JP, Phillips DA. From Neurons to Neighborhoods: the Science of Early Childhood Development. National Academy of Sciences National Research Council, 2000.

Posizione in culla

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

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

Vaccinazioni

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

Incidenti domestici

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

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

Sicurezza in auto

1. Polizia di Stato. Bambini in auto: ecco come portarli in modo sicuro. https://www.poliziadistato.it/articolo/171-Bambini_in_auto_ecco_come_portarli_in_modosicuro.
2. ACI - Automobile Club d'Italia. Art. 172. Uso delle cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta. <http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-172-uso-delle-cinture-di-sicurezza-e-sistemi-di-ritenuta.html>.
3. EuroSAFE - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Injuries in the European Union. Summary of Injury Statistics for the Years 2012-2014. (EuroSafe), 2016.
4. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European Report on Child Injury Prevention. Roma, 2008.
5. Polizia di Stato. Bimbi in auto. Campagna di sensibilizzazione della sicurezza stradale. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?menu=campagne&id=124.
6. ACI - Automobile Club d'Italia. Normative di omologazione. <http://www.aci.it/laci/sicurezza-stradale/sistemi-di-sicurezza-passiva/ritenuta-bambini/normative-di-omologazione.html>.
7. ACI - Automobile Club d'Italia. Regolamento Art. 182. <http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-182-circolazione-dei-velocipedi/regolamento-art-182.html>.
8. ACI - Automobile Club d'Italia. Art. 170. Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote. <http://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-170-trasporto-di-persone-e-di-oggetti-sui-veicoli-a-motore-a-due-ruote.html>.
9. Polizia di Stato. Cinture di sicurezza e casco, <https://www.poliziadistato.it/articolo/515>
10. ACI - Automobile Club d'Italia, ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica. Incidenti stradali anno 2019. http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/dati_statistiche/incidenti/Incidenti_stradali_in_Italia_Anno_2019.pdf.
11. Durbin DR, Chen I, Smith R, Elliott MR, Winston FK. Effects of Seating Position and Appropriate Restraint Use on the Risk of Injury to Children in Motor Vehicle Crashes. *Pediatrics.* 2005;115(3):e305-e309.
12. Istituto Superiore di Sanità. La Sorveglianza PASSI - i dati per l'Italia: sicurezza stradale. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaStradale?tab-container-1=tab>.

