

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodi e sintesi dei risultati della raccolta dati 2018-2019

Enrica Pizzi^a, Michele Antonio Salvatore^a, Laura Lauria^a, Marta Buoncristiano^a, Serena Donati^a, Angela Spinelli^a, Daniela Marcer^b, Elena Fretti^b, Mauro Bucciarelli^a, Silvia Andreozzi^a, Claudia Ferraro^a, Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020*

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bAzienda ULSS 9 Scaligera, Verona

SUMMARY

The Surveillance System for children aged 0-2: purposes, methods and main results of the 2018-2019 data collection

Introduction

In view of the success of other population Surveillance Systems in Italy, the Italian Ministry of Health has promoted and financed a Surveillance System for the main determinants of child health, entrusting its coordination to the Istituto Superiore di Sanità (the Italian National Institute of Health).

Materials and methods

The target population was mothers who were asked to fill in an anonymous questionnaire during the vaccination sessions of their children aged 0-2 years. Representative samples of mothers were recruited at regional and local health service levels. The main aim was to collect information on folic acid assumption, breastfeeding, tobacco and alcohol consumption during pregnancy and lactation, parents' attitude to reading aloud to their children, cradle position, exposure to screens, environmental safety and parents' plans to vaccinate their children, together with general information concerning their cultural and social background.

Results

The first round was carried out in 2018-2019 in 11 Italian Regions and all local health services. Around 30,000 questionnaires were collected and the participation rate was over 95% in all Regions. Results showed that only 21.0% of mothers took folic acid before pregnancy as recommended. Almost every mother (93.8%) did not smoke before pregnancy, while children potentially exposed to passive smoking was 41.9%. Mothers who reported consuming alcohol at least once or twice a month during pregnancy and breastfeeding were 19.7% and 34.9% respectively. Only 23.7% of infants were breastfed up to 4-5 months of age and 34.4% of children were exposed to screens from the first months of life. In the week before the interview, parents have never read a book to 44.7% of children between 6-12 months. The 80.5% of mothers intended to vaccinate their children for both mandatory vaccinations as well as recommended vaccinations and the majority of mothers (64.1%) reported placing their babies on their back to sleep as recommended. The data show that 6.3% of mothers of children under 6 months of age have referred to a doctor and/or the emergency room for a domestic incident involving their child and the prevalence rises to 19.8% among those over the age of 1 year. Finally, about 15% of mothers of children under 6 months reported having difficulties in making them sit and be fastened in the car seat, a percentage that rises to 34.2% over one year of age.

Conclusions

The results were very variable for both protective measures and risky behavior. There were significant differences between the Regions and local health areas. There is scope for improvement in all of the investigated health determinants.

Key words: surveillance; early child development; health promotion

enrica.pizzi@iss.it

Introduzione

A livello internazionale molti documenti identificano nei primi 1.000 giorni di vita una finestra temporale strategica per promuovere un sano sviluppo mentale e fisico dei bambini (1-3). Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno fornito indicazioni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia. Inoltre, il recente Framework dell'OMS Europa sullo sviluppo precoce del bambino (early child development, ECD), ha individuato le aree

d'intervento prioritarie per un adattamento al contesto europeo del *nurturing care*, ovvero quell'insieme di fattori che garantiscono ai bambini un'alimentazione adeguata, delle buone condizioni di salute, precoci opportunità di apprendimento, una genitorialità responsiva, protezione e sicurezza (4, 5). Per quanto riguarda l'Italia, il Ministero della Salute ha predisposto un Documento di indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita per la protezione e la promozione della salute dei bambini rivolto a genitori, operatori sanitari e decisori.

(*) I componenti del Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020 sono riportati a p. 10.

In tutti questi documenti viene ribadito che lo sviluppo sano del bambino è garantito da condizioni favorevoli che vengono a crearsi già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, influenzate da fattori genetici, psicologici, comportamentali, ambientali e socioeconomici; tutto ciò a conferma della forte interdipendenza del bambino con l'ambiente di vita. La salute dunque come prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti che possono agire come fattori di rischio o protettivi (6, 7). Inoltre, garantire a ciascun bambino il miglior inizio di vita possibile è indispensabile per contrastare precocemente le disuguaglianze di salute (8-10).

In questa cornice culturale si sviluppa il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino - Sorveglianza Bambini 0-2 anni - promosso e finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e realizzato con il coinvolgimento delle Regioni. Questa Sorveglianza rappresenta uno degli strumenti per poter disporre di dati rappresentativi di popolazione per quantificare la diffusione di comportamenti protettivi o a rischio per la salute del bambino e descriverne le differenze territoriali e sociodemografiche, al fine di programmare azioni mirate.

La Sorveglianza, inserita nel DPCM del 2017 su registri e sorveglianze di rilevanza nazionale e regionale (11), è stata implementata tenendo conto dell'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù (12) e dei risultati emersi dal progetto pilota realizzato nel 2013 in 13 Distretti sanitari di 6 Regioni, conclusosi nel 2016. Il progetto pilota ha permesso di validare la metodologia, gli strumenti di rilevazione e il setting per la raccolta dei dati, evidenziando grandi potenzialità per monitorare i determinanti di salute nella prima infanzia (13).

Materiali e metodi

Alla Sorveglianza Bambini 0-2 anni, che prevede il progressivo coinvolgimento di tutte le Regioni e le Province Autonome, a oggi hanno aderito Valle d'Aosta, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Marche, Lazio, Basilicata, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. A queste si aggiunge la Toscana che partecipa mettendo a disposizione i dati raccolti attraverso un sistema di indagine sul percorso nascita, con una metodologia di tipo longitudinale, già attivo da tempo sul territorio regionale grazie al coordinamento del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa (14).

La Sorveglianza si avvale di un coordinamento nazionale, di un comitato tecnico con ruolo di indirizzo e supporto tecnico-scientifico, di referenti regionali e delle Province Autonome oltre che locali, con funzione di coordinamento alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati e del coinvolgimento degli operatori sanitari dei Centri Vaccinali (CV) per la raccolta dei dati e la distribuzione di materiale informativo ai genitori.

Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza riguardano determinanti di salute materno-infantile che comprendono l'assunzione di acido folico in epoca pre-concezionale, l'astensione da alcol e fumo in gravidanza e in allattamento, l'attitudine alle vaccinazioni, l'allattamento, la posizione corretta in culla, la sicurezza in auto e in casa, la lettura in famiglia e l'attenzione all'esposizione dei bambini a schermi (tablet/cellulari/tv). Inoltre, vengono indagate variabili sociodemografiche ed economiche.

La popolazione in studio è rappresentata da mamme di bambini fino ai 2 anni di vita portati presso i CV per effettuare le vaccinazioni. La rilevazione si caratterizza come un'indagine di tipo campionario, finalizzata a produrre stime rappresentative a livello regionale e, per le Regioni che ne fanno richiesta, anche a livello di ASL.

La raccolta delle informazioni avviene attraverso un questionario anonimo, disponibile in più lingue, autocompilato dalle mamme presso i CV con il supporto degli operatori, in occasione di una delle seguenti sedute vaccinali: 1^a, 2^a, 3^a dose DTP (difterite-tetano-pertosse)-esavalente e 1^a dose MPRV (morbillo, parotite, rosolia, varicella). Il protocollo e tutti gli strumenti per la raccolta dati hanno avuto l'approvazione del Comitato Etico dell'ISS.

Tutti i professionisti coinvolti partecipano, prima della raccolta dati, a un percorso formativo sugli aspetti metodologici e sui contenuti studiati dalla Sorveglianza. 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; prevede, inoltre, momenti formativi organizzati presso l'ISS per i referenti regionali e/o i loro collaboratori e successive iniziative di formazione a livello locale, organizzate da questi ultimi e rivolte agli operatori direttamente coinvolti nella raccolta dati.

In questa edizione la formazione sui contenuti è stata realizzata tramite una FaD (Formazione a Distanza) dedicata, che è risultata efficace e gradita. La finalità è quella di fornire a tutti gli operatori le conoscenze necessarie per poter informare i genitori sui comportamenti corretti

per promuovere la salute dei propri figli. Questo momento di contatto tra operatore e genitore è facilitato dal materiale informativo multilingue, consegnato alla mamma dopo la compilazione del questionario e dalla presenza di poster nei CV e presso gli studi dei pediatri di libera scelta. Tale materiale è utile alla promozione delle azioni di salute misurate dalla Sorveglianza e promosse dal Programma GenitoriPiù, poiché le descrive offrendo semplici indicazioni e segnalando i siti internet di riferimento per eventuali approfondimenti.

Risultati

In questa prima edizione della rilevazione sono state intervistate, tra dicembre 2018 e aprile 2019, 29.492 mamme nelle 11 Regioni partecipanti. Il tasso di partecipazione ha superato il 95% in tutte le Regioni (Figura).

I risultati, presentati nell'ambito del Convegno nazionale "Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia" che si è svolto a Roma il 26 novembre 2019, mostrano che il 94% delle mamme ha riferito di aver assunto acido folico in occasione della gravidanza, ma solo il 21,0% lo ha fatto in maniera appropriata - da prima del concepimento fino alla fine del terzo mese di gravidanza - con una variabilità per Regione compresa tra il 16,0% e il 35,7%.

Rispetto al consumo di tabacco, il 6,2% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza (range: 3,7%-7,9%) e l'8,1% in allattamento (range: 5,2%-10,1%). La percentuale di bambini potenzialmente esposti al fumo passivo, a causa

della convivenza con almeno un genitore e/o altra persona fumatrice alla data dell'intervista, varia dal 27,0% al 46,5%, con valori tendenzialmente più elevati nelle Regioni del Sud.

La percentuale di mamme che ha riferito di aver assunto bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza e l'allattamento è pari, rispettivamente, al 19,7% e al 34,9%. Tali percentuali si riducono se si considerano frequenze di consumo più elevate, con quote di mamme che hanno dichiarato di aver consumato alcol almeno due volte a settimana pari all'1,4% in gravidanza e al 3,4% in allattamento. Tra le Regioni partecipanti, il consumo di alcol in gravidanza e in allattamento risulta più diffuso in quelle del Centro-Nord.

I bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età sono meno di un quarto (23,7%), con una variabilità dal 16,8% al 44,7% e con quote più basse nelle Regioni del Sud. Risulta non essere mai stato allattato l'11,7% dei bambini, con una variabilità dal 5,0% al 18,4%.

Nella settimana precedente l'intervista non è mai stato letto un libro al 44,7% dei bambini nella fascia di età 6-12 mesi e al 34,7% nella fascia oltre i 12 mesi. I bambini a cui sono stati letti regolarmente libri tutti i giorni della settimana sono invece, rispettivamente, il 15,5% tra i più piccoli e il 21,6% tra quelli sopra i 12 mesi. Nelle Regioni del Sud si rilevano quote più elevate di bambini a cui non sono stati letti libri.

Il 34,3% dei bambini di età inferiore a 6 mesi, il 64,1% di quelli tra 6 e 12 mesi e il 76,4% di quelli oltre l'anno di età passa del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefono cellulare. I bambini risultano maggiormente esposti a schermi nelle Regioni del Sud.

Dalla rilevazione risulta che la maggioranza delle mamme dichiara di mettere a dormire il proprio bambino a pancia in su (64,1%), come raccomandato per la prevenzione della SIDS (sudden infant death syndrome), con un range compreso tra il 54,5% e l'81,3%, mentre oltre un quarto delle mamme (26,0%) pone il bambino in culla di lato.

Ha dichiarato di voler effettuare tutte le future vaccinazioni (sia obbligatorie che raccomandate) l'80,5% delle mamme (range: 71,5% - 88,9%), mentre quelle intenzionate a effettuare solo le vaccinazioni obbligatorie sono il 15,1%. La quota di indecise risulta pari a 4,3%, con una variabilità per Regione compresa tra il 2,4% e il 5,7%.

I dati mostrano che il 6,3% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi si è rivolto a un medico (pediatra o altro) e/o al pronto soccorso per un incidente domestico occorso al proprio figlio e la prevalenza sale al 12,6% tra i bambini di 6-12 mesi e al 19,8% tra quelli sopra l'anno di età.

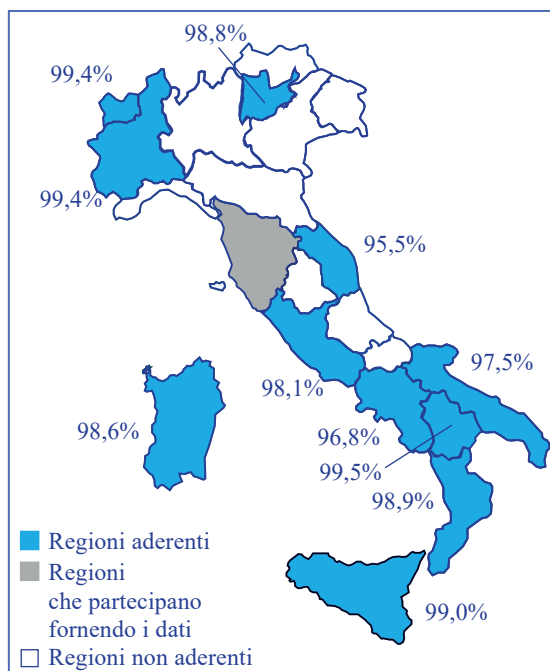


Figura - Tasso di partecipazione per Regione

Infine, il 14,8% delle mamme di bambini con meno di 6 mesi ha riferito di avere difficoltà, durante il trasporto in auto, nel mantenere il bambino seduto nel seggiolino con le cinture allacciate. La prevalenza sale al 30,6% tra le mamme con bambini di 6-12 mesi e al 34,2% tra quelle di bambini sopra l'anno di età. Nelle Regioni del Centro e del Sud si rilevano quote più elevate di mamme che riferiscono tali difficoltà.

Conclusioni

I risultati emersi da questa prima rilevazione mostrano un'ampia variabilità dell'esposizione a comportamenti, protettivi o a rischio, riguardanti i determinanti di salute nei primi 2 anni di vita del bambino indagati dalla Sorveglianza.

Complessivamente si evidenzia la necessità di continuare a supportare i genitori e tutti gli adulti che si occupano del bambino ad attuare comportamenti per promuovere e tutelare la salute nei primi 1.000 giorni di vita, con la finalità di garantire a ogni bambino la possibilità di raggiungere appieno il proprio potenziale di sviluppo.

Tali comportamenti rientrano tra quelli che i documenti di indirizzo internazionali definiscono "cure responsive", fondamentali per lo sviluppo del bambino e volte a rispondere ai suoi bisogni attraverso azioni che genitori e adulti di riferimento possono mettere in atto fin da prima del concepimento e sulla base di quanto indicato dalle evidenze scientifiche.

La conoscenza prodotta dalla Sorveglianza rappresenta una solida base per definire indicatori per i Piani di Prevenzione Nazionali e Regionali e per orientare la programmazione regionale e di ASL nella scelta di azioni di prevenzione e promozione della salute da realizzare, sia a livello individuale che di comunità, per tutelare la salute dei bambini fin dall'epoca pre-concezionale.

Le prospettive future della Sorveglianza sono quelle di coinvolgere le Regioni che a oggi non partecipano, anche in virtù della presenza nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (15) di indicatori che fanno riferimento a questa Sorveglianza. La possibilità di disporre anche di dati a livello nazionale in quest'area di salute pubblica appare oggi particolarmente rilevante alla luce dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da COVID-19, al fine di monitorare comportamenti a favore della salute dei bambini nei primi anni di vita e realizzare programmi adeguati ai vari territori, in un'ottica di contrasto alle disuguaglianze.

Citare come segue:

Pizzi E, Salvatore MA, Lauria L, Buoncristiano M, Donati S, Spinelli A, 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.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: Ministero della Salute/CCM.

Approvazione Comitato etico: PRE-BIO-CE n. 10939 del 6/4/2018.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health 2020. Minsk, Belarus, 21-22 October 2015. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf; ultimo accesso 31/8/2020.
2. United Nations. Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>; ultimo accesso 31/8/2020.
3. 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. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. World Health Organization. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. Copenhagen, 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2020/framework-on-early-childhood-development-in-the-who-european-region-2020>; ultimo accesso 22/9/2020.
6. Speri L, Simeoni L, Fretti E. Determinanti di salute nella prima infanzia - Il Programma GenitoriPiù. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, Buoncristiano M, Nardone P, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione; 2016.
7. Berg A. The importance of the first 1000 days of life. *J Child Adolesc Ment Health* 2016;28(2):iii-vi; doi: 10.2989/17280583.2016.1223803
8. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review - Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. <http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>; ultimo accesso 31/8/2020.
9. Bolte, G, Tamburlini, G, Kohlhuber, M. Environmental inequalities among children in Europe - evaluation of scientific evidence and policy implication. *Eur J Public Health* 2010;20(1):14-20; doi: 10.1093/eurpub/ckp213
10. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res* 2014;76(5):418-24; doi: 10.1038/pr.2014.122

11. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2017- Serie Generale n. 109.
12. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni (Editoriale). Quaderni ACP; 2016: 23(2):50.
13. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, Azzarito C, Balducci MT, Bettinelli ME, et al. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70; doi: 10.19191/EP19.1.P66.022
14. <https://www.santannapisa.it/it/ricerca/progetti/indagine-sul-percorso-nascita-toscana>; ultimo accesso 31/8/2020.
15. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultimo accesso 10/9/2020.

***Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2017-2020**

Enrica Pizzi, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Serena Donati, Angela Spinelli, Michele Antonio Salvatore, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Claudia Ferraro (Gruppo di coordinamento nazionale - Istituto Superiore di Sanità); Cristina Tamburini, Maria Grazia Privitera, Serena Battilomo (Ministero della Salute); Daniela Marcer, Lara Simeoni, Chiara Bosio, Elena Fretti (Azienda ULSS 9 Scaligera, Verona); Maria Angela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata); Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Patrizia Auriemma, Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti (Regione Lazio); Marco Morbidoni, Annalisa Cardone, Antonella Guidi (Regione Marche); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento); Maria Grazia Lopuzzo, Maria Teresa Balducci (Regione Puglia); Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna); Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia); Gherardo Rapisardi (ASL Toscana Centro); Manila Bonciani (Scuola Universitaria Superiore S. Anna, Pisa); Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella (Regione Valle d'Aosta).