

# PROMOZIONE DELLA SALUTE PERINATALE E INFANTILE (PROGETTO “SEI PIÙ UNO”)

## Razionale

Gli interventi di prevenzione primaria rappresentano uno strumento importante per promuovere la salute. Molti di questi interventi si basano su campagne di informazione ed educazione alla salute, finalizzate a rinforzare determinati modelli comportamentali e stili di vita o a proporre di nuovi, nel rispetto delle libertà individuali e della cultura dei diversi gruppi sociali. Gli strumenti più utilizzati sono i mezzi di comunicazione di massa, gli operatori sanitari e in particolare i medici di famiglia, i gruppi “alla pari” di pazienti e utenti dei servizi.

Nell’ambito della promozione della salute perinatale e infantile, sono da considerarsi come prioritari, in quanto dimostratamente efficaci e con effetti importanti sulla salute, interventi finalizzati alla promozione delle seguenti pratiche (vedi tabella):

1. L’assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale.
2. L’astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino.
3. L’allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita.
4. La posizione supina nel sonno nel primo anno di vita.
5. L’utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile.
6. Le vaccinazioni contro morbillo, rosolia, Haemophilus influenzae tipo b.

## Effetti positivi dei comportamenti sulla salute infantile

Comportamento	Protezione nei confronti di
Assunzione di <b>acido folico</b>	Spina bifida*, anencefalia*, difetti del cuore settali e troncoconali, labiopalatoschisi, altre malformazioni
Astensione dal <b>fumo, prenatale</b>	Basso peso neonatale*, prematurità*, mortalità perinatale*, SIDS
Astensione dal <b>fumo, postnatale</b>	Patologie delle prime vie respiratorie*, SIDS*
<b>Allattamento materno</b>	Infezioni gastrointestinali*, infezioni delle prime vie respiratorie*, SIDS*
<b>Posizione supina</b> per il sonno del lattante	SIDS*
Utilizzo <b>mezzi di protezione in auto</b>	Incidenti*
<b>Vaccinazioni</b>	Specifiche malattie infettive*

\* livello di evidenza disponibile molto robusto

Alcuni comportamenti hanno più di un effetto positivo: ad esempio l'astensione dal fumo in gravidanza e in presenza del bambino si associa ad una riduzione del rischio di basso peso alla nascita, di infezioni delle prime vie respiratorie, di morte improvvisa del lattante (SIDS). D'altro canto la prevenzione di patologie ad eziologia multifattoriale può essere meglio perseguita attraverso la combinazione di interventi indirizzati ai diversi fattori di rischio. Ad esempio la SIDS riconosce come principali fattori di rischio, la posizione prona, il fumo materno, l'allattamento artificiale.

Interventi che si propongono la promozione simultanea di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio comporta dunque effetti sinergici e probabilmente un miglior profilo di costo/efficacia rispetto a interventi finalizzati a modificare singoli fattori.

Si noti come l'insieme degli effetti attesi risulti molto rilevante rispetto a quelle che sono attualmente le principali cause di mortalità e morbosità nel primo anno di vita: malformazioni congenite, prematurità, SIDS, incidenti, patologia infettiva.

Se le evidenze sull'efficacia dell'implementazione di tali pratiche sono molto consistenti, mancano allo stato conoscenze sufficienti su quali strategie, o quali combinazioni di strategie, di promozione della salute siano più efficaci nella promozione di pratiche corrette. Occorre inoltre tener conto del fatto che nel campo della promozione della salute, le strategie di intervento dipendono dalle caratteristiche sociali e culturali degli interlocutori, del tipo di organizzazione dei servizi, del ruolo degli operatori sanitari.

Non si possono dunque generalizzare facilmente le evidenze ottenute in contesti molto diversi.

Si è ritenuto quindi utile un progetto che si proponesse una valutazione sul campo, su larga scala, di interventi di promozione della salute focalizzati sulla prima infanzia.

## Obiettivi

Sulla base di queste premesse è stato sviluppato un progetto di ricerca, per il quale è stato chiesto e ottenuto un contributo finanziario da parte del Ministero della Salute, nell'ambito dei progetti finalizzati dedicati alla "ricerca sanitaria" (fondo 1% del SSN). La regione Basilicata si è assunta l'onere di Regione capofila ed ha contribuito significativamente al finanziamento del progetto. Gli altri partner del progetto sono stati: la Regione Friuli Venezia - Giulia, la Regione Piemonte, la USSL 4 Alto Vicentino, L'Istituto di Pediatria dell'Università cattolica S.Cuore di Roma, Il Centro per la Salute del Bambino – ONLUS di Trieste.

L'obiettivo generale del progetto è stato quindi identificato nella valutazione di efficacia di interventi di informazione ed educazione rivolta ai neogenitori e alle giovani coppie e focalizzata sui principali fattori di rischio di mortalità e morbosità nel primo anno di vita del bambino.

In coerenza con quanto esposto in precedenza, tali interventi si sono proposti di perseguire i seguenti obiettivi specifici:

1. L'aumento della prevalenza d'uso di multivitaminici contenenti acido folico nel periodo periconcezionale.
2. La riduzione della prevalenza del fumo di sigaretta tra le donne in gravidanza e tra i neogenitori.
3. L'aumento della prevalenza e della durata dell'allattamento materno nei primi sei mesi di vita.
4. L'aumento della prevalenza di bambini che dormono in culla in posizione supina.

5. L'aumento della prevalenza d'uso dei mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile.
6. L'aumento della prevalenza di bambini sottoposti a vaccinazioni raccomandate per le quali le coperture non siano ottimali (superiori al 90%), ad esempio morbillo ed emofilo tipo b.

A questi sei obiettivi, il cui razionale è stato già esposto, è stato aggiunto un settimo (da cui il termine “**sei più uno**” con cui il progetto è stato poi comunemente indicato), relativo alla promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare. Numerose sono infatti le evidenze dei benefici di questo intervento per il bambino, sia dal punto di vista cognitivo (miglior sviluppo del linguaggio scritto, più facile comprensione della lettura di un testo scritto all'ingresso a scuola) che relazionale (miglior relazione con gli adulti). Effetti più evidenti tanto più la famiglia si trova in condizioni di svantaggio socio-culturale. La lettura ad alta voce dal primo anno di vita è da considerarsi un intervento di prevenzione a largo raggio.

Più in generale, il progetto si è proposto anche di produrre conoscenze utili riguardo a:

1. Lo sviluppo e la valutazione di modelli operativi per campagne di prevenzione volte a modificare fattori di rischio e aventi come destinatari i genitori.
2. La stima dei possibili benefici, in termini sanitari ed economici, degli interventi attuati.

## Interventi

Per questo intervento sono stati previsti due canali principali, da realizzarsi con strumenti standardizzati ma con possibili livelli di attuazione (vedi più sotto) diversi nelle diverse regioni e/o aziende:

**A. *Informazione sanitaria personalizzata***, effettuata tramite gli operatori sanitari che hanno contatti con le giovani coppie o con i neo-genitori (pediatri di libera scelta, di consultorio, ospedalieri, ostetrici-ginecologi di consultorio e ospedalieri, medici di medicina generale, ostetriche e personale infermieristico dei punti nascita e dei consultori, ed altri ancora). A questo proposito è stato previsto che i diversi operatori chiamati a collaborare al progetto ricevessero:

- a) una informazione di tipo “passivo” tramite materiale scritto con il razionale dell'intervento, le evidenze scientifiche disponibili e i messaggi da veicolare ai genitori.
- b) un materiale informativo semplice studiato per essere consegnato ai genitori.
- c) una informazione di tipo attivo interattivo in aggiunta al materiale di cui ai punti precedenti.

**B. *Informazione sanitaria di massa*** effettuata attraverso

- mezzi di comunicazione di massa (giornali, radio e televisioni locali);
- opuscoli e avvisi di varia natura distribuiti in: consultori, punti nascita, centri prematrimoniali, laboratori, farmacie, ecc.

Il coordinamento dello studio è stato effettuato dalla Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica e dal Centro per la Salute del Bambino – ONLUS di Trieste, che ha curato anche la preparazione dei materiali di informazione per gli operatori sanitari e i genitori e i messaggi per i media.

## Popolazione

La popolazione totale residente nelle aree interessate dal progetto (Basilicata, tutto il territorio; Friuli-Venezia Giulia, tutto il territorio; Regione Piemonte, 4 Aziende; una Azienda sanitaria del Veneto) ammonta a circa 3 milioni di abitanti, con un numero di nuovi nati per anno attorno ai 24.000.

## Disegno dello studio

La valutazione della efficacia degli interventi si è essenzialmente basata sul confronto tra le prevalenze di conoscenze e comportamenti delle giovani coppie e dei neogenitori relativi alle 7 aree considerate, **prima e dopo** gli interventi.

A tal fine si è utilizzato un questionario somministrato ad un campione di genitori. Il questionario, ideato per essere autocompilato dai genitori, è stato somministrato nei centri di vaccinazione, al momento della prima vaccinazione dei bambini (quindi a 2-3 mesi di età). È stato stimato, sulla base delle frequenze dei comportamenti attuali e delle modificazioni minime attese (vedi tabella), che un campione di almeno 500 questionari fosse necessario in ciascuna delle aree di effettuazione dell'intervento.

Obiettivo	Prima	Dopo	IR	Dimensione
Assume acido folico	5%	9.9%	1.97	498
Posizione supina	50%	59.0%	1.18	501
Allattamento a 6 mesi	30%	38.7%	1.29	489
Non fumano <sup>1</sup>	60%	69.0%	1.15	465
Trasporto OK	20%	27.8%	1.39	493
Morbillo	50%	59.0%	1.18	501

<sup>1</sup>nessuno dei due genitori; IR = incremento relativo del comportamento protettivo

Il questionario analizza **comportamenti e conoscenze** dei genitori rispetto alle 7 aree in studio, fonti di informazione (operatori sanitari, mass media, altri genitori, ecc.) e raccoglie alcune informazioni generali sui genitori (età, scolarità, professione, ecc.) e sul bambino (sesso, peso alla nascita, età gestazionale, eventuali problemi di salute nei primi mesi, ecc.).

Non essendo attuabile un disegno di tipo sperimentale, a causa dell' impossibilità di attuare un approccio controllato e randomizzato sia per ragioni etiche che di inevitabile contaminazione, è stato attuato un approccio di plausibilità, basato sulla possibilità di utilizzare quale "controllo interno" rispetto all'attuazione si/no degli interventi una Azienda nella quale si è previsto di attuare uno solo degli interventi (quello relativo all'acido folico). Inoltre, Gli interventi nelle tre Regioni si sono diversificati sia rispetto alle modalità di attuazione dell'intervento sugli operatori professionali (informazione di tipo passivo con sola distribuzione di materiale ovvero anche di tipo attivo con presentazione "in vivo" in riunioni ad hoc, seminari, corsi etc.) sia rispetto alle modalità e intensità di realizzazione della campagna attraverso i media.

Si è immaginato dunque di poter verificare in modo plausibile l'ipotesi di efficacia sia utilizzando l'area di quasi-non intervento, sia utilizzando le diverse intensità dei due interventi previsti, quello sugli operatori e quello sui media, adottando una sorta di modello dose-risposta nell'analisi dei risultati.

Sono stati inoltre programmati alcuni elementi di analisi qualitativa, tramite focus group da realizzarsi sia con gruppi di madri che di operatori sanitari, allo scopo di approfondire le conoscenze riguardanti le motivazioni ai comportamenti e i fattori che possono influenzarli, sia relativi all'intervento che esterni ad esso.

I **prodotti** attesi dall'analisi dei dati sono quindi così riassumibili:

1. Informazioni sulle conoscenze e pratiche attuali relativi alle 7 aree considerate: derivano dall'analisi dei dati raccolti prima della realizzazione dell'intervento. Oltre che ai fini della ricerca, tali dati sono interessanti in quanto descrivono in una popolazione ampia e variegata comportamenti e conoscenze dei genitori su aree poco conosciute e studiate in Italia.

2. Informazioni sul verosimile effetto degli interventi effettuati: oltre a permettere di valutare l'efficacia generale della campagna realizzata, ci si attende che tale analisi permetta di valutare l'effetto di interventi di diversa intensità.

3. Analisi dei fattori che possono aver influenzato il cambiamento: si tratta di valutare, tramite analisi multivariata, il peso di variabili socio-economiche della madre (livello educativo, nazionalità, parità, insuccessi nelle precedenti gravidanze, ecc) e bambino (patologie, prematurità, ecc) sia sulle conoscenze e pratiche di base sia sulle modificazioni ottenute. Sarà in questo modo possibile identificare quali variabili sono risultate connesse con la penetrazione dei messaggi.

4. Definizione dei benefici economici e sanitari della campagna: verranno stimati i benefici ottenibili sia in termini sanitari che economici, a vari livelli di successo della campagna, utilizzando i dati epidemiologici disponibili sulla incidenza delle patologie suscettibili di prevenzione attraverso la riduzione dei fattori di rischio presi in considerazione, e sui loro costi economici.

# RISULTATI

## 1. caratteristiche generali della popolazione studiata

La tabella sottostante illustra i principali risultati attesi e quelli disponibili. L'analisi completa dei dati sarà effettuata entro marzo 2003.

	Parziali	Totali
Conoscenze e pratiche pre-intervento	SI	SI
Conoscenze e pratiche post-intervento	SI	NO
Effetto dei diversi interventi	NO	NO
Effetto delle diverse variabili di popolazione	NO	NO
Stima dell'effetto sanitario ed economico	NO	NO

I dati presentati di seguito riguardano dunque le conoscenze e pratiche pre-intervento sul totale della popolazione e le conoscenze e pratiche post-intervento relativi al solo Friuli Venezia Giulia.

La rilevazione è stata realizzata nel periodo giugno – settembre 2001. Al termine del periodo di rilevazione sono stati ricevuti e analizzati 2576 questionari così distribuiti:

<b>Basilicata</b>	<b>Friuli Venezia Giulia</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
582	780	575	639

Le caratteristiche generali della popolazione intervistata (n=2576) sono riportate in tabella. Tra le 4 aree in studio sono presenti solo piccole differenze, specie per quanto riguarda la scolarità materna e paterna che è più alta per il FVG (maggior numero di genitori con diploma di scuola media superiore o con laurea).

<b>Madre</b>		<b>Padre</b>	
<b>Età</b>	31,2	<b>Età</b>	34,4
<b>Scolarità</b>		<b>Scolarità</b>	
elementare	2%	elementare	2%
media inferiore	32%	media inferiore	40%
media superiore	54%	media superiore	47%
laurea	13%	laurea	11%
<b>Professione</b>		<b>Professione</b>	
libera professionista	7%	libero professionista	23%
insegnante	6%	insegnante	2%
commerciante	4%	commerciante	5%
impiegata	25%	impiegato	22%
operaia	16%	operaio	34%
casalinga	25%	casalingo	-
disoccupata	4%	disoccupato	2%
altro	10%	altro	12%
<b>Nazionalità italiana</b>	97%	<b>Nazionalità italiana</b>	98%

Anche rispetto alle principali caratteristiche relative ai bambini le differenze tra le 4 regioni sono piccole.

<b>Età media</b> (range)	2,6 mesi (1 - 7 mesi)
<b>Sesso</b> maschile	51%
<b>Peso medio alla nascita</b> (range)	3288 gr (410 – 6100)
Nati con peso < 2500 gr	5,4%
<b>Età gestazionale media</b> (range)	39,2 settimane (21 - 44)
37-35 settimane	11%
≤ 34 settimane	3%

## 2. Conoscenze e pratiche pre-intervento

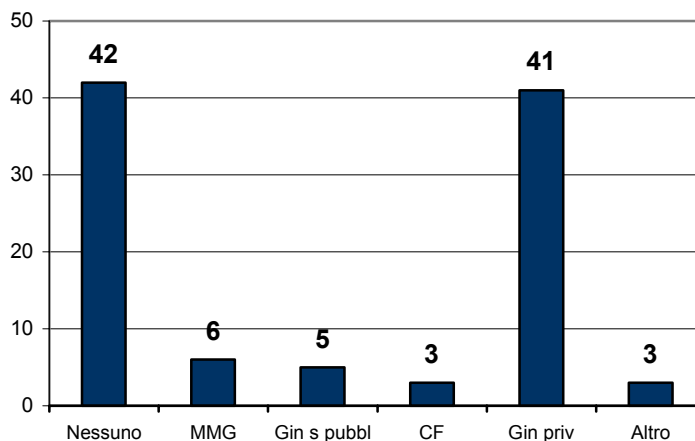
### Gravidanza

La gravidanza è stata programmata in media dal **66%** dei genitori che hanno compilato il questionario. Sono presenti differenze importanti tra le quattro aree:

<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
54%	72%	69%	68%

Nella popolazione che ha programmato la gravidanza il tempo intercorso tra la decisione di avere un bambino e il concepimento è stato breve (nel 73% dei casi inferiore a 6 mesi).

E' da sottolineare come (figura a lato) quasi la metà delle donne che hanno programmato la gravidanza non si sia rivolta ad operatori sanitari per consigli o informazioni e che qualora lo abbia fatto, nella maggior parte dei casi sia stato interpellato privatamente un ginecologo. Il ruolo del ginecologo del servizio pubblico e del medico di medicina generale (MMG) è stato marginale.



Il 46% delle donne ha dichiarato di aver frequentato in maniera continuativa un corso di preparazione al parto, con importanti differenze tra le quattro aree (Basilicata = 25%, FVG = 47%, Piemonte 49%, ULSS 4 Alto Vicentino 59%)

Il 17% delle donne intervistate ha presentato problemi di aborti spontanei o morti intrauterine/perinatali in precedenti gravidanze. Il dato è simile nelle quattro aree anche se sono presenti differenze interaziendali all'interno delle varie Regioni.

### **Assunzione di acido folico**

Mediamente il 7% delle donne ha dichiarato di aver assunto acido folico **prima del concepimento**, in linea con il dato disponibile a livello nazionale (circa 6%). Vi sono alcune differenze tra le quattro aree:

<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
5%	5%	9%	9%



## Posizione nel sonno

In **ospedale** il **48%** dei bambini reclutati veniva messo a dormire a pancia in su. Come si può notare dalla tabella, vi sono differenze anche importanti tra le quattro aree.

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
Pancia in su	48%	39%	47%	51%	56%
Di lato	44%	52%	43%	44%	37%
Pancia in giù	3%	4%	1%	3%	3%
Posiz. variabile	5%	2%	9%	1%	4%

A **casa** il **45%** dei bambini viene di solito messo a dormire in posizione supina. Rispetto all'ospedale vi è un aumento dei bambini che dormono in posizione prona o in "posizione variabile".

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
Pancia in su	45%	43%	47%	47%	43%
Di lato	33%	41%	27%	29%	35%
Pancia in giù	10%	6%	7%	12%	16%
Posiz. variabile	13%	10%	19%	12%	7%

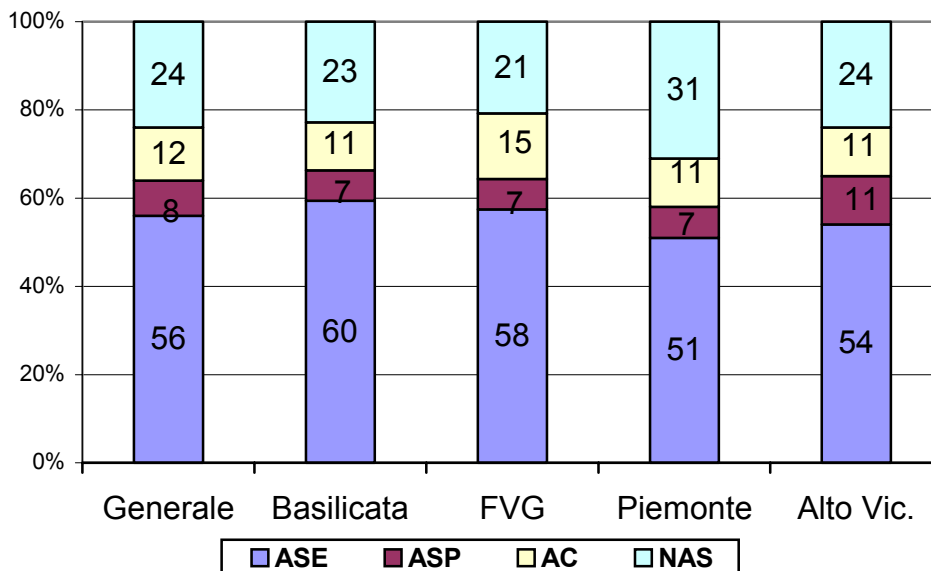
Al risveglio, il 72% dei bambini viene solitamente trovato supino.

Nel 77% dei casi il bambino viene messo a dormire in una culla o lettino posto nella stanza dei genitori.

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
Culla o lettino in stanza dei genitori	77%	93%	72%	87%	60%
Nel letto dei genitori	4%	4%	6%	4%	3%
In altra stanza	18%	3%	21%	8%	37%

## Allattamento al seno

Le informazioni sull'alimentazione del lattante sono state raccolte utilizzando le definizioni di allattamento al seno e il recall period indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In figura è riportato il tipo di alimentazione dei bambini nelle 24 ore precedenti la compilazione del questionario.



### Legenda

ASE: allattamento al seno esclusivo (solo latte materno).

ASP: allattamento al seno predominante (latte materno + altri liquidi non nutritivi quali acqua, the, camomilla, ecc).

AC: alimentazione complementare (latte materno + latte artificiale).

NAS: non allattamento al seno.

In media, nelle quattro aree il 36% dei bambini riceve latte artificiale all'età di 2-3 mesi di cui il 24% in maniera esclusiva.

## Difficoltà ad allattare al seno

Mediamente il 29% delle donne hanno avuto qualche difficoltà ad allattare al seno nei primi 2-3 mesi di vita del bambino. Il dato è leggermente più basso per la Basilicata (24%) e per l'Alto Vicentino (27%).

Nella maggioranza dei casi si è trattato di problemi ad insorgenza precoce e che possono essere ricollegati a difficoltà di attacco del bambino al seno (ragadi, ingorgo, mastite), ad attacco insufficiente per durata/numero di volte o ad entrambe (ipogalattia, ritardo della montata latte, scarsa crescita ponderale). Anche in caso di bambini prematuri o di gemelli il problema segnalato dai genitori era spesso la difficoltà di attacco del bambino al seno.

Il 34% delle donne con difficoltà non ha trovato supporto e aiuto concreto da parte del personale sanitario per poter superare il problema (Basilicata=35%; FVG=31%; Piemonte=35%, ULSS 4 Alto Vicentino=36%)

## Fumo di sigaretta

Dopo l'inizio della gravidanza la percentuale di donne che fumano sigarette si riduce sensibilmente e resta su questi valori anche dopo la nascita del bambino. La situazione media sembra leggermente migliore di quella nazionale (dati disponibili parlano di un 30% di donne che fumano in età fertile e di un 15% che continuano a fumare in gravidanza) anche se esistono differenze interregionali.

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
Prima della gravidanza	24%	22%	26%	30%	20%
Dopo l'inizio della gravidanza	9%	7%	9%	15%	5%
Attuale	10%	9%	9%	16%	7%

Le donne che continuano a fumare durante la gravidanza hanno comunque dichiarato di aver ridotto il numero di sigarette fumate.

Al momento della rilevazione il 34% dei padri fumavano.

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vicentino</b>
Padri fumatori	34%	41%	31%	44%	21%

## Trasporto in automobile

In tabella viene riportata l'indicazione data dai genitori su come viene trasportato il bambino in automobile. Mediamente il 74% dichiara di utilizzare il seggiolino di sicurezza allacciato sul sedile posteriore o su quello anteriore (in questo caso in assenza di airbag dal lato passeggero). Una percentuale ancora elevata (24%) non utilizza il seggiolino (ad esempio il 16% degli intervistati ha dichiarato di utilizzare la culla del bambino allacciata o meno con le cinture di sicurezza) o lo utilizza in modo non corretto (non allacciato con la cintura o sul sedile anteriore pur in presenza di airbag dal lato passeggero). Vi sono delle importanti differenze tra le quattro aree in studio.

	<b>Dato medio</b>	<b>Basilicata</b>	<b>FVG</b>	<b>Piemonte</b>	<b>ULSS 4 Alto Vic.</b>
Seggiolino su sedile anteriore o posteriore fissato con cintura	74%	57%	78%	74%	82%
In braccio su sedile posteriore	2%	4%	3%	2%	1%
Non utilizzo del seggiolini/utilizzo non corretto	24%	39%	19%	24	17%

## Vaccinazioni

Per quest'area veniva valutata l'intenzione di vaccinare il bambino nei confronti delle vaccinazioni raccomandate (antipertosse, antiemofilo B, anti morbillo/parotite/rosolia) e quale era stato il comportamento con eventuali fratelli maggiori. I risultati hanno messo in evidenza un po' di confusione da parte dei genitori. Ad esempio, una piccola percentuale di genitori in ciascuna area (dato medio = 4%) ha dichiarato di non sapere se avrebbe sottoposto il bambino alla vaccinazione contro la pertosse che era stata appena eseguita (il questionario veniva somministrato subito dopo la vaccinazione). Per la vaccinazione contro l'emofilo il risultato è stato peggiore (dato medio di "non so" = 16%) presumibilmente per un problema nella denominazione utilizzata sul questionario (il vaccino è conosciuto come "contro la meningite" e non "contro l'emofilo" come scritto nel questionario).

Anche le conoscenze sull'opportunità della vaccinazione antiparotite/morbillo/rosolia sono risultate minori (dato medio di "non so" per il morbillo = 16%) ma gli operatori sanitari ne parlano ai genitori quando il bambino è più grande data la somministrazione del vaccino alla fine del primo anno di vita).

La percentuale di genitori che hanno dichiarato di non voler sottoporre il proprio bambino alle vaccinazioni è risultata intorno al 3% (73 genitori) per il morbillo e all'1% (29 genitori) per la pertosse.

È da sottolineare comunque che quella delle vaccinazioni non è un'area critica in nessuna delle quattro aree (anche per le raccomandate i tassi di vaccinazione sono superiori al 90%).

## **Letture ad alta voce**

La maggior parte dei genitori ritengono che sia importante iniziare a leggere ad alta voce al proprio figlio già precocemente (93% dei casi a 6 o 12 mesi).

È possibile che una domanda esplicita sulla lettura (cioè su un argomento ritenuto solitamente importante) possa avere influenzato i genitori nella risposta inducendoli ad indicare un tempo di inizio molto precoce. Una ricerca realizzata dai pediatri di famiglia di Trieste su un campione di genitori con bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni ha effettivamente dimostrato che se le domande vengono poste in cieco (senza cioè svelare che l'argomento dell'intervista è la lettura ad alta voce) solo il 20-30% dei genitori dichiarano di leggere al proprio figlio e che questa percentuale sale oltre il 70% se si chiede esplicitamente della lettura. In questo campione di genitori l'attitudine alla lettura ad alta voce (definita attraverso uno score che sintetizzava la risposta dei genitori a diverse domande che riguardavano sia le loro propensioni che la loro pratica reale) è risultata essere relativamente bassa (intorno al 30%).

## **Fonti di informazione dei genitori**

In tutte le aree (eccetto quelle del trasporto in auto e della lettura) la fonte principale di informazione per i genitori è rappresentata dagli operatori sanitari, che svolgono un ruolo cruciale nel trasferimento delle informazioni. Altra fonte importante è rappresentata dalle riviste, specie quelle che si rivolgono alle neo o future mamme. Un ruolo marginale sembrano avere invece i mass media, specie radio, quotidiani e Internet.

Piccole differenze possono essere evidenziate tra le quattro aree: ad esempio, in Basilicata e Alto Vicentino sembrano avere un ruolo di maggior rilievo le mamme, nell'Alto Vicentino per alcuni degli interventi in studio (allattamento al seno, posizione nel sonno, trasporto in auto) i materiali per i genitori.

### 3. Confronto prima-dopo (solo FVG)

#### Descrizione dell'intervento effettuato in FVG.

*Informazione sanitaria personalizzata (campagna attraverso gli operatori sanitari):* in FVG si è adottato e attuato per quanto possibile un approccio di presentazione attiva del progetto: sono stati per questo organizzati momenti di incontro con gli operatori sanitari in cui è stato discusso il progetto, analizzati i risultati della rilevazione pre-intervento in modo da mettere in evidenza le aree critiche nelle varie Aziende, e presentati i materiali prodotti (pieghevoli per i genitori e libretti per gli operatori sanitari). Tali incontri sono stati realizzati presso ciascun Punto Nascita della Regione, invitando i pediatri di famiglia e il personale dei consultori familiari.

Con il personale dei Centri di Vaccinazione e dei Dipartimenti di Prevenzione vi sono stati diversi momenti di incontro prima, durante e dopo l'intervento anche in considerazione della loro partecipazione diretta alla distribuzione dei questionari di rilevazione ai genitori.

Il progetto è stato inoltre presentato nel corso di riunioni delle società scientifiche quali il Congresso Regionale della Medicina Generale del Friuli Venezia Giulia, il congresso triveneto dell'AOGOI (Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani), gli incontri di aggiornamento obbligatorio di pediatri di famiglia e Medici di Medicina Generale.

La diffusione ai genitori del pieghevole e dei messaggi rispetto alle sette aree è stata realizzata dagli operatori sanitari in varie occasioni di contatto, dai corsi di preparazione al parto, alla dimissione dal Punto Nascita, alla prima visita dal pediatra di famiglia, al momento della prima vaccinazione, ecc. È stato concordato con i responsabili e il personale dei Punti Nascita che un pieghevole venisse consegnato ai genitori di ogni nuovo nato.

*Informazione sanitaria di massa:* in FVG è stata estremamente ridotta nonostante l'invio di materiali predisposti ad hoc ai principali quotidiani, radio e televisioni locali, che non hanno dimostrato interesse per il progetto.

Maggior interesse nei confronti del progetto è stato dimostrato dalle principali riviste per mamma (Io e il mio bambino, Insieme, Donna e mamma, Bimbi sani e belli) che hanno in più riprese pubblicato articoli sul progetto o su suoi aspetti specifici (uso del seggiolino, lettura ad alta voce, acido folico). In questo caso tuttavia l'audience è a livello nazionale e naturalmente si limita ai fruitori di tali riviste.

#### Dati raccolti

Nella tabella sottostante è riportato il numero di questionari raccolti prima e dopo l'intervento nelle 6 Aziende territoriali della Regione.

	<b>Pre-intervento (maggio-giugno 2001)</b>	<b>Post-intervento (giugno-agosto 2002)</b>
ASS 1 Triestina	122	122
ASS 2 Isontina	92	103
ASS 3 Alto Friuli	94	93
ASS 4 Medio Friuli	221	159
ASS 5 Bassa Friulana	95	92
ASS 6 Friuli Occidentale	156	134
<b>Totale</b>	<b>780</b>	<b>703</b>

## Risultati

Di seguito sono riportati i principali risultati suddivisi per le sette aree in studio. Si sottolinea come la reale efficacia dell'intervento possa essere sottostimata in quanto i risultati si riferiscono a 3-4 mesi di campagna. Comunque, come si può vedere in tabella, già dopo pochi mesi di campagna sono stati raggiunti gli obiettivi minimi previsti dal progetto.

### Stima della probabilità dell'evento prima e dopo l'intervento (incremento minimo atteso)

Obiettivo	Dati stimati di partenza (pre intervento)	Dati stimati per il post intervento (incremento minimo)	FVG prima	FVG dopo
Assume acido folico	5%	9.9%	5%	11%
Posizione supina	50%	59.0%	47%	62%
Allattamento a 6 mesi	30%	38.7%	59%*	-
Non fumano <sup>(1)</sup>	60%	69.0%	67%	65%
Trasporto OK	20%	27.8%	80%	84%
Morbillo	50%	59.0%	>90%*	-

<sup>(1)</sup> nessuno dei due genitori

\* dato dell'Agenzia Regionale della Sanità (non derivante dai questionari del Progetto)

Nella tabella sottostante sono riportate le caratteristiche principali delle due popolazioni intervistate (prima dell'intervento e dopo l'intervento). Come si può vedere non vi sono differenze rilevanti né rispetto ai genitori, né rispetto ai neonati e al luogo di nascita. Le due popolazioni sembrano quindi confrontabili.

		Preintervento	Postintervento
<b>Madre</b>	Età media	31,4 anni	31,8 anni
	Scolarità superiore	57%	54%
	laurea	17%	18%
	Nazionalità italiana	96%	93%
	Primipare	57%	53%
	Problemi precedenti gravidanze	18%	16%
<b>Padre</b>	Età media (anni)	34,6 anni	34,9 anni
	Scolarità superiore	49%	48%
	laurea	15%	12%
	Nazionalità italiana	96%	95%
<b>Bambino</b>	Età media	2,3 mesi	2,3 mesi
	Sesso M	51%	51%
	Peso nascita (media)	3327 gr	3328 gr
	EG media nascita	39,2 sett.	39,5 sett.
	Problemi 1° periodo	6%	6%

<b>Nati in Regione</b>		96%	98%
<b>Giorni in ospedale</b>	≤ 2	7%	11%
	3	37%	41%
	4-5	37%	31%

### Gravidanza e acido folico preconcezionale

L'assunzione di acido folico preconcezionale è passata in FVG dal 5 all'11%. Visti i tempi tale modificazione non sembra legata all'intervento di distribuzione dei pieghevoli ai genitori. Un effetto può essere stato ottenuto grazie ai contatti intrapresi più di un anno fa con i medici ostetrico-ginecologi della regione a vari livelli per la presentazione del progetto. Inoltre nell'ultimo anno vi è stato un aumento dei preparati contenenti acido folico con dosaggio adeguato per la prevenzione dei difetti del tubo neurale e quindi maggiore informazione sull'argomento agli operatori sanitari anche da parte delle case farmaceutiche produttrici.

	<b>Preintervento</b>	<b>Postintervento</b>
Inizio prima della gravidanza	5%	11%
Inizio durante la gravidanza	62%	61%

La gravidanza è stata programmata dal 72% delle donne prima e dopo l'intervento e l'attesa tra decisione e inizio della gravidanza è stata nei 2/3 dei casi inferiore a 6 mesi.

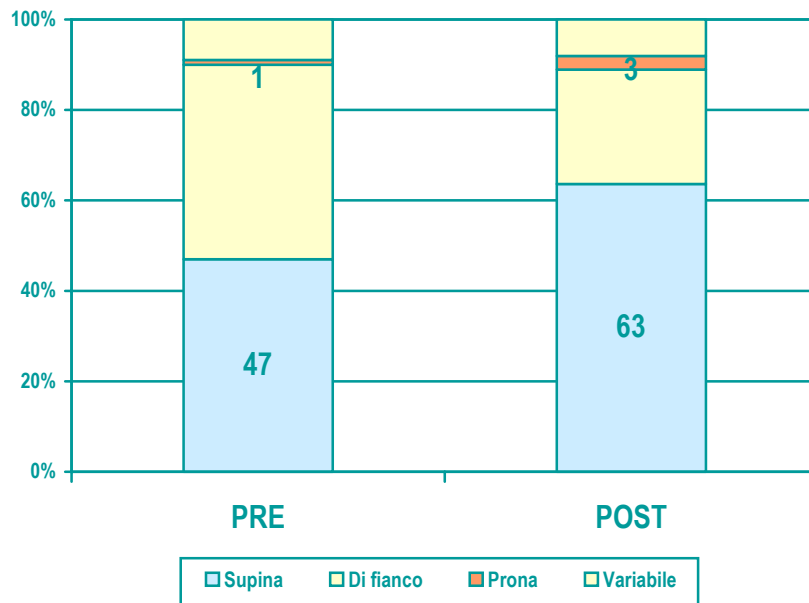
In questa popolazione è ipotizzabile un miglioramento del dato di assunzione preconcezionale di acido folico attraverso la maggior diffusione dell'informazione. È necessario un lavoro in questo senso con un maggior coinvolgimento dei ginecologi cui le donne si rivolgono privatamente e dei mass media.



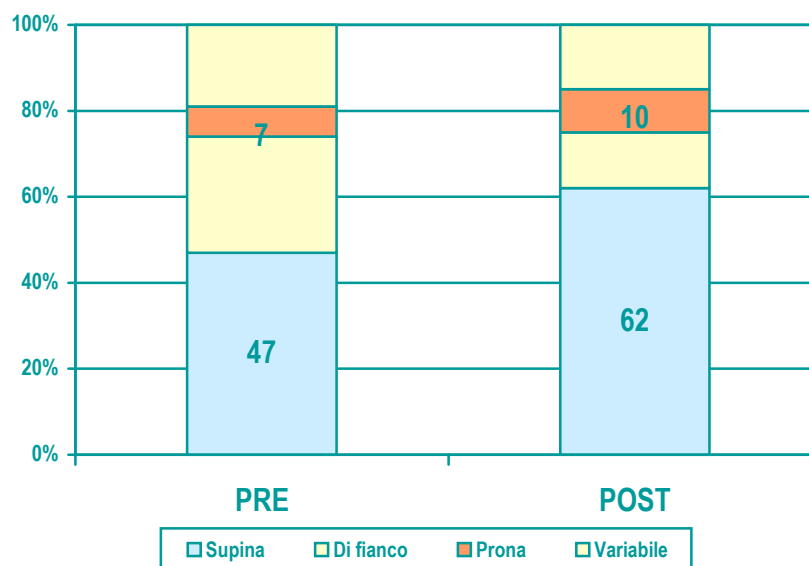
## Posizione nel sonno

La posizione supina per far dormire il bambino è stata scelta dal 62% dei genitori contro il 47% prima dell'intervento. È interessante notare che la diffusione "attiva" dei materiali (e cioè il contatto diretto avuto con gli operatori sanitari dei punti nascita per la presentazione del progetto e la discussione delle evidenze della letteratura) ha portato ad una modificazione delle pratiche in Ospedale (anche qui si è passati dal 47% al 63% di bambini messi in posizione supina). Il leggero aumento dei bambini che dormono a casa in posizione prona sottolinea la necessità di un rinforzo del messaggio.

### In ospedale



### A casa

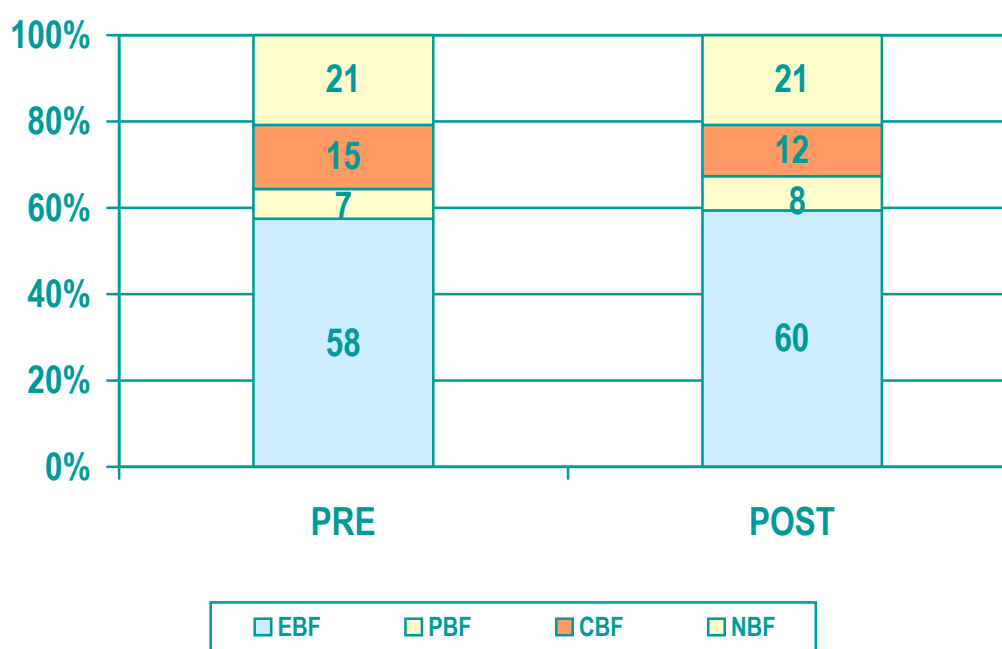


I 2/3 dei bambini dormono in una culla o lettino nella stanza dei genitori, circa il 5% condivide il letto con i genitori, senza differenze tra prima e dopo l'intervento.

## Allattamento al seno

Come atteso non vi è stata alcuna modificazione rispetto alla fase pre-intervento. I dati raccolti nella prima fase indicavano infatti come le conoscenze delle donne intervistate sull'importanza dell'AS fossero molto buone mentre vi fosse una percentuale rilevante (34%) di donne con problemi e molte di queste non trovassero nel servizio sanitario un adeguato sostegno e aiuto concreto. Si era quindi valutato che un semplice intervento di sensibilizzazione quale quello proposto con il presente progetto sarebbe stato probabilmente inefficace mentre sarebbe stato necessario migliorare il supporto e l'aiuto pratico alle donne che allattano e che hanno problemi. Nei numerosi incontri avuti in questi mesi con gli operatori sanitari della regione si è cercato di sottolineare e discutere tali aspetti.

I dati preintervento sono stati quindi pienamente confermati anche rispetto alla percentuale di donne con problemi e alle loro difficoltà.



## Difficoltà ad allattare al seno

	Preintervento	Postintervento
Donne con difficoltà ad allattare al seno	34%	33%
- non hanno ricevuto informazioni	7%	9%
- non hanno ricevuto aiuto concreto	31%	27%

## Fumo di sigaretta

Come si può vedere nelle tabelle, la situazione non si è modificata rispetto alla percentuale di madri e di padri fumatori. Si è invece dimezzata la percentuale di madri e padri fumatori che fumano dentro casa e questo potrebbe essere un effetto dei materiali consegnati ai genitori che sottolineavano questo aspetto.

In FVG vi sono il 65% circa delle famiglie in cui entrambi i genitori non fumano.

## Madre

	Preintervento	Postintervento
Prima della gravidanza	26%	26%
Dopo l'inizio di gravidanza	9%	9%
Attuale	9%	10%
In casa	16%	8%

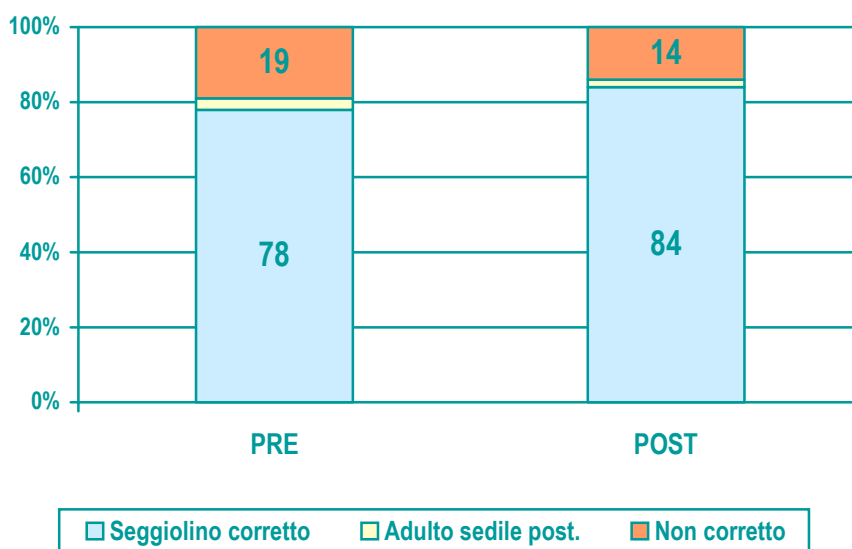
## Padre

	Preintervento	Postintervento
Padri fumatori (attuale)	31%	33%
In casa	11%	7%

## Utilizzo del seggiolino per il trasporto in auto

La percentuale di genitori che dichiarano di utilizzare il seggiolino per trasportare il bambino in auto è solo leggermente migliorata dopo l'intervento (da 78 a 84%).

Resta ancora da lavorare per aumentare l'utilizzo dei sistemi di ritenuta del bambino. Il dato della regione è comunque decisamente superiore a quello stimato in tabella 2 e probabilmente superiore al dato medio Italiano (un'indagine dell'ISTAT indica che circa il 77% di genitori di bambini tra 0-3 anni dichiara di utilizzare in maniera corretta il seggiolino)



## **Vaccinazioni**

Per quest'area veniva valutata l'intenzione di vaccinare il bambino nei confronti delle vaccinazioni raccomandate (antipertosse, antiemofilo B, anti morbillo/parotite/rosolia) e quale era stato il comportamento con eventuali fratelli maggiori.

I risultati hanno messo in evidenza un po' di confusione da parte dei genitori rispetto alle vaccinazioni raccomandate. Ad esempio, in ogni Azienda una piccola quota di genitori ha dichiarato di non sapere se avrebbe sottoposto il bambino alla vaccinazione contro la pertosse che era stata appena eseguita. I dati pre e post intervento sono simili.

È da sottolineare comunque che quella delle vaccinazioni non è un'area critica in FVG (anche per le cosiddette vaccinazioni raccomandate i tassi di vaccinazione sono superiori al 90% in tutte le Aziende).

## **Letture ad alta voce**

Il 97% dei genitori ha dichiarato di voler iniziare molto presto (a 6 o 12 mesi) a leggere ad alta voce (93% preintervento). È da segnalare l'aumento di genitori che hanno ricevuto informazioni sull'argomento che dal 51 è salita al 64%.

In questa attività di informazione il presente progetto si è raccordato con l'iniziativa nazionale "Nati per leggere", che ha come obiettivo la promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare e che pone gli operatori sanitari e specialmente i pediatri di famiglia al centro di tale attività di promozione. Iniziative congiunte sono state quindi organizzate in varie parti della regione, sia per gli operatori sanitari che per i genitori. A Trieste, dove da più tempo è attivo e lavora il progetto, gli operatori sanitari rappresentano la principale fonte di informazione in quest'area, a differenza di quanto accade nelle restanti aziende della regione.

## **Fonti di informazione per i genitori**

Rispetto alle fonti di informazione per i genitori va sottolineato che:

- a. non si è modificata tra prima e dopo l'intervento la percentuale di genitori che dichiara di non aver ricevuto informazioni rispetto alle varie aree di intervento;
- b. gli operatori sanitari sono la principale fonte di informazione in tutte le aree, fatta eccezione per la lettura ad alta voce;
- c. riviste per mamma, altre riviste e libri si confermano importanti fonti di informazione in tutte le aree.
- d. il ruolo degli altri mass media rimane marginale, fatta eccezione per il fumo di sigaretta e parzialmente (televisione) per il trasporto in auto. La cosa era peraltro attesa dato lo scarso interesse dimostrato dai media
- e. Non si è modificato in maniera sostanziale tra prima e dopo l'intervento il ruolo dei materiali per i genitori (tra cui andrebbe fatto ricadere anche il pieghevole distribuito).

## Prodotti intermedi e ricadute del progetto

Sono state attivate due pagine web sul progetto, una a cura dell'Agenzia Regionale della Sanità del FVG, che contiene i testi del libretto e si rivolge prevalentemente agli operatori sanitari ([www.sanita.fvg.it/specializza/progetti/fr\\_prevenzione.htm](http://www.sanita.fvg.it/specializza/progetti/fr_prevenzione.htm)) e una a cura della Regione Basilicata che riporta i contenuti del pieghevole per i genitori (<http://www.basilicatanet.it/attivitaregione/seipiuuno/sei.htm>). Un link a tali pagine è presente sul sito web della rivista di aggiornamento per pediatri Medico e Bambino.

I sette interventi di promozione della salute infantile oggetto del progetto sono stati inseriti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile della Regione Friuli – Venezia Giulia. Alla luce anche di questo importante risultato è stata organizzata una giornata di discussione sul progetto, aperta agli operatori sanitari, con l'obiettivo più ampio di realizzare una ricognizione su tutte le attività di prevenzione primaria per l'infanzia che sono in atto in Regione e di delineare future strategie comuni di azione.

## Bibliografia essenziale

1. Kenneth E. Television and health education: stay tunnel. Am J Pub Health 1987; 77:140-42.
2. American Academy of Pediatrics. Environmental Tobacco smoke: A hazard to children. Pediatrics 1997; 99:639-42.
3. Etzel R. Active and passive smoking: hazards for children. Eur J Public Health 1997;5:54-6.
4. Dwyer T e Ponsonby AL. SIDS after the back to sleep campaign. BMJ 1996;313:180-1.
5. High P, Hopmann M, LaGasse L, et al. Child centered literacy orientation: a form of social capital? Pediatrics 1999; 103:e55
6. Anderson-Yockel J, Haynes WO. Joint book-reading strategies in working-class African American and white mother-toddler dyads. J Speech Hear Res 1994; 37:583-93
7. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epid 1999;28:10-18
8. Truman BI, Smith-Akin CK, Hinman AR, et al. Developing the Guide to Community Preventive Services--overview and rationale. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2000 Jan;18(1 Suppl):18-26.