

CAPITOLO 4

Programmi Liberi

4.1 PL11 INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA

PL11 Quadro logico regionale

CODICE	PL11
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Elena Castelli
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	M01 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	M01 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	M01-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale M01-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori M01-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni M01-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno M01-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi M01-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	M01LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati M01LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi
LEA	F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare Art. 24 Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

PL11 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

La popolazione complessiva in Emilia-Romagna è di 4.459.866 abitanti (dove non altrimenti specificato i dati sono aggiornati al 1.1.2021). Di questi 2.287.713 è di sesso femminile (51,3%). Le donne in età fertile sono 888.733, il 39,9% della popolazione femminile, in progressiva riduzione negli ultimi 5 anni (-4%).

Nel periodo 2016-2020 il numero di famiglie è in aumento (da 2.001.717 a 2.031.644), così come è in aumento il numero di famiglie in cui almeno uno dei componenti è straniero (da 251.696 a 272.867), mentre continua la contrazione del numero medio di componenti delle famiglie (da 2,21 a 2,18). Le famiglie unipersonali sono 38,6%, in progressivo aumento negli ultimi 5 anni (erano 37,2% nel 2017).

Nel 2020 sono stati registrati 29.781 nati con una riduzione di 3,7% rispetto all'anno precedente. Tale riduzione è analoga a quella degli ultimi 5 anni. Analizzando le variazioni mensili si osserva un potenziale effetto indiretto della pandemia sulla natalità: da gennaio a novembre le variazioni mensili del 2020 rispetto al 2019 risultano comprese tra -2% e -5%; a dicembre, il primo mese in cui si possono osservare eventuali effetti di depressione sui concepimenti della prima ondata Covid-19, la

variazione è -12,7%; considerando anche gennaio 2021, il calo delle nascite arriva a -13,9%.

Il tasso di natalità per il 2020 è 6,7‰, in progressivo calo, e il numero medio di figli per donna stimato per il 2020 è 1,27. Si tratta di un fenomeno di rilievo, in parte dovuto a effetti 'strutturali' indotti dalle significative modificazioni della popolazione femminile in età feconda e solo parzialmente controbilanciati dall'apporto dell'immigrazione, il cui effetto si va però riducendo nel tempo. Indipendentemente dagli effetti della pandemia di Covid-19 è ragionevole attendere una riduzione ulteriore delle nascite.

Sulla base dei dati raccolti dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) la quota di madri con cittadinanza straniera è aumentata, passando da 29,8% del 2011 a 32,3% del 2020: quasi due neonati su cinque nel 2020 hanno almeno un genitore con cittadinanza straniera.

L'età media delle madri al momento del parto è pari a 32 anni (stabile negli ultimi 5 anni), con una discreta differenza tra italiane (età media di 33 anni) e straniere (età media di 30 anni). La quota di donne che partoriscono a una età uguale o superiore ai 35 anni è 34,7%; i parti di minorenni sono 42 (0,1%), erano 113 nel 2011 (0,3%).

Non supera la licenza di scuola media inferiore 23,7% delle madri, mentre 35,9% risulta laureata o con diploma universitario. La scolarità dei padri risulta, nel complesso, inferiore a quella delle madri; nel 15,7% dei casi entrambi i genitori hanno una scolarità bassa.

Il tasso di occupazione delle madri è pari a 64,3%, ancora inferiore ai valori precedenti la crisi economica (nel 2008 le occupate erano 68,3%); il 9,0% delle madri risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione (nel 2008 le disoccupate erano 6,1%). La quota delle famiglie senza reddito (entrambi i genitori non occupati) è pari a 2,4%; la frequenza è più alta in caso di condizioni di vulnerabilità sociale (cittadinanza straniera e scolarità bassa).

La prevalenza media di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) a tre mesi è pari a 57% e a cinque mesi è pari a 44% (dati 2019). L'allattamento è riconosciuto da questa regione come diritto, pratica di salute per madre e bambino, intervento a sostegno della genitorialità, oltre che azione di salute pubblica. In base alla nazionalità materna, a tre mesi la prevalenza di allattamento completo è significativamente differente tra madri italiane e straniere ed è pari a 55% nei figli di madre italiana e 61% in quelli di madre straniera (OR: 0.81; IC95%: 0.75, 0.87; $p < 0.001$); quella di non allattamento è pari a 21% nelle italiane e 11% nelle straniere (OR: 2.14; IC95%: 1.91, 2.39; $p < 0.001$). A cinque mesi la prevalenza di allattamento completo è pari a 44% nelle italiane e 45% nelle straniere, differenza non è statisticamente significativa (OR: 0.95; IC95%: 0.88, 1.03), mentre rimane significativa la differenza in termini di non allattamento, pari a 28% nelle italiane e 20% nelle straniere (OR: 1.59; IC95%: 1.44, 1.75; $p < 0.001$).

Il quarto rapporto sui bilanci di salute (BdS) pediatrici presenta i dati raccolti dai pediatri e dalle pediatre di libera scelta (PLS) dell'Emilia-Romagna nel 2019. Tra i dati più significativi si rileva che la frequenza dei servizi educativi è, in tutte le età, meno comune nei bambini i cui genitori provengono da paesi diversi dall'Italia: a 10-11 mesi la frequenza overall è 16%, ma è 18% negli italiani e 6% negli stranieri; a 2 anni è 50%, pari a 55% negli italiani e 26% negli stranieri e così via nelle varie fasce d'età con un divario che si riduce, ma non si colma, solo a 5 anni di vita (96% negli italiani e 92% negli stranieri).

Per ciò che riguarda la rete dei servizi, nel 2020 erano presenti nell'anagrafe delle strutture sanitarie 177 consultori familiari, 42 spazi giovani, 36 spazi giovani adulti e 12 spazi donne immigrate e loro bambini con una media regionale di 1,6 ore di apertura settimanale ogni 1.000 residenti appartenenti alla popolazione target (residenti uomini e donne di età compresa tra i 15 e i 64 anni), e un ampio range tra diversi distretti (da 1,1 ore del distretto di Cesena a 3,9 ore del distretto di Castelnovo ne' Monti).

A fine 2019 sono 37 i distretti nei quali è presente almeno un Centro per le Famiglie (CpF). Nel corso di oltre trent'anni in Regione Emilia-Romagna la rete dei CpF si è ampliata particolarmente (da 14 nel 1992 agli attuali 40). La copertura territoriale riguarda 302 comuni della Regione, potenzialmente 95,6% della popolazione complessiva regionale e 95,3% della popolazione di minore età, con un incremento del 17% rispetto alla precedente rilevazione. L'indice di copertura del servizio per singolo distretto mostra che c'è ancora un distretto (Pavullo in provincia di Modena), pari a 10 comuni per una popolazione totale di 41.248 unità, in cui non è presente nessun CpF. Tre distretti sono coperti da 2 CpF: distretto Sud-Est di Ferrara, distretto di Reggio Emilia e distretto di Rimini. Se si considerano invece i 37 distretti in cui è presente almeno un CpF, soltanto in 5 distretti i CpF presenti non coprono totalmente il bacino di utenza distrettuale nel 2019, in particolare la copertura territoriale risulta: del 52% nel distretto di Imola, del 48% nel distretto di Castelfranco (che passerà a copertura completa da gennaio 2021), del 97% per il distretto di Vignola, del 86% per il distretto di Reggio Emilia, del 91% per il distretto di Rimini. Le condizioni di salute sono il prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti dove ognuna può agire da fattore di rischio o da fattore protettivo.

I bambini che crescono in ambienti avversi dimostrano nel tempo maggiori difficoltà di comportamento, apprendimento e integrazione sociale, più probabilità di fallimenti scolastici, di difficile inclusione nel mondo del lavoro: la povertà psicosociale ed educativa esperita nell'ambiente sociofamiliare nei primi anni di vita è un forte predittore di disuguaglianze sociali e povertà economica.

Individui, famiglie, gruppi sociali, possono mostrare diversi livelli di vulnerabilità nell'esposizione ai rischi, in base al proprio status socioeconomico e culturale, ma anche alle caratteristiche del territorio di vita e alla sua dotazione in termini di capitale sociale e di quantità e qualità dei servizi.

Un'analisi delle disuguaglianze utilizzando i dati CedAP del 2016 ha evidenziato un maggior rischio di assistenza prenatale inappropriata tra le coppie con almeno un genitore straniero. Il rischio si riduce in modo graduale dalle coppie in cui entrambi i genitori sono nati all'estero a quelle in cui solo il padre è nato all'estero, suggerendo una migliore capacità di utilizzo dell'offerta assistenziale da parte delle coppie in cui almeno la madre è nata in Italia. Le donne di origine straniera, a eccezione di quelle nate in paesi a sviluppo avanzato, hanno infatti un rischio maggiore rispetto alle donne italiane di eseguire meno di quattro visite in gravidanza. L'origine straniera della madre si associa a esiti avversi neonatali e più frequente ricorso al taglio cesareo.

Nel periodo dei primi 1000 giorni di vita hanno un grande peso le disuguaglianze sociali e in salute, definibili come una conseguenza di ingiuste differenze nelle opportunità di vita e quindi nell'accesso a risorse come cibo sano, abitazioni adeguate, servizi di salute, che determinano "ingiuste, evitabili o rimediabili disuguaglianze nella salute tra i gruppi di popolazione"

Un basso status socioeconomico si associa a esiti peggiori di salute anche attraverso la maggiore esposizione a fattori di rischio (ad esempio, abitazioni poco sicure o malsane). I bambini che vivono in circostanze sociali avverse sono inoltre maggiormente vulnerabili a questi fattori di rischio e hanno minore accesso a cure di qualità con maggiori probabilità di gravi conseguenze.

È nota la correlazione tra titolo di studio e migliori esiti di salute. Il titolo di studio incide sulla speranza di vita, soprattutto per gli uomini (69% degli uomini laureati arriva a 80 anni, contro 56% di quelli con la licenza media). Le analisi longitudinali effettuate in diversi Paesi europei indicano, inoltre, che i bambini nati da madri con bassi livelli di istruzione hanno un maggiore rischio di avere esiti di salute peggiore.

Un'analisi condotta sulle donne nate in Italia rileva che il livello di istruzione medio basso è associato a esiti avversi materni e perinatali; la stima del rischio segue un andamento crescente, dalle donne con scolarità alta a quelle con scolarità bassa. Ancora più significativo della variabile titolo di studio risulta il costrutto di *Health literacy*, termine che indica capacità cognitive e sociali che permettono all'individuo di accedere, comprendere e utilizzare in modo efficace le informazioni in modo tale da mantenere e migliorare la propria salute, anche modificando il proprio stile di vita.

Alla luce del profilo di salute e di equità vanno quindi identificate e rafforzate quelle sinergie che possono agire sulle disuguaglianze contenendone gli effetti. I punti di forza del sistema regionale sono la diffusione capillare nel territorio dei servizi di prevenzione, cure e sostegno alle donne e alle famiglie, la loro qualità, la capacità di integrazione fra sociale, sanitario ed educativo, l'abitudine al dialogo con le utenti e gli utenti, anche condividendo quegli elementi del monitoraggio che pure è uno dei punti di forza del sistema.

La diversa distribuzione della popolazione con maggiore svantaggio sociale e di salute tra distretti dovrebbe riorientare l'offerta assistenziale dei servizi e definire interventi di contrasto degli effetti delle disuguaglianze di salute. In continuità con i precedenti piani di prevenzione, dunque, al fine di rendere la strategia di prevenzione e di promozione della salute del bambino efficace, non è possibile prescindere dalle specificità territoriali e dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali delle famiglie.

Un vincolo al raggiungimento degli obiettivi di salute individuati è la messa a regime di strumenti di tipo informatico per il monitoraggio: la priorità specifica all'interno del programma sui primi 1000 giorni è quindi la definizione di strumenti condivisi fra diverse professionalità per monitorare: 1) i determinanti di salute della popolazione considerata, 2) l'attuazione di interventi a sostegno della genitorialità, 3) verificarne l'impatto 4) riorientare le strategie.

Potenziati sinergie con altre regioni con cui condividere la pianificazione e realizzazione di questi strumenti sono da perseguire, anche al fine di rendere più costo-efficace il programma e favorire una attività di *benchmarking* esterno, sempre stimolante e informativo.

La presenza del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con il forte stimolo alla digitalizzazione, rappresenta una opportunità unica dal punto di vista della realizzabilità e della copertura economica di questa parte della progettualità associata ai primi 1000 giorni.

PL11 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

È dimostrato che gli stimoli e le informazioni che giungono al feto, attraverso la madre, e poi al lattante e al bambino nel periodo di massima plasticità - primi 1000 giorni dal concepimento - determinano: nell'immediato il corretto sviluppo di organi e tessuti, in particolare di quelli, come il cervello, fisiologicamente più plastici e aperti al flusso di informazioni provenienti dall'ambiente; nel medio/lungo termine lo stato di salute del singolo individuo e, nella misura in cui modificano l'epigenoma dei gameti, lo stato di salute delle generazioni future. Questo corpo di conoscenze è alla base degli interventi previsti nei documenti sull'*Early Childhood Development* (ECD).

Un elemento di complessità negli interventi a sostegno dei primi 1000 giorni è rappresentato da una distribuzione disomogenea nella popolazione dei diversi fattori di rischio e di protezione, che vede individui, famiglie e sottogruppi di popolazione portatori di:

- diversi livelli di suscettibilità individuale alle malattie;
- diverse condizioni di fragilità (lutti, separazioni, perdita del lavoro, malattie, altre vicissitudini) più o meno transitorie, ma che possono diminuire la resilienza rispetto a rischi o a eventi avversi e incidere su finestre temporali cruciali per lo sviluppo;
- diversi livelli di vulnerabilità e quindi di esposizione ai rischi, legati allo status socioeconomico e culturale, ma anche alle caratteristiche del territorio di vita e della sua dotazione in termini di capitale sociale e di quantità e qualità dei servizi.

Si tratta di elementi strettamente interconnessi, che sono destinati a tracciare per i bambini nell'immediato e per gli adulti del futuro itinerari di sviluppo e di salute disuguali

Soltanto la conoscenza sempre più diffusa e condivisa dei principali fattori ambientali, nel senso più ampio del termine, che possono interferire sia positivamente, sia negativamente sullo sviluppo fetale e infantile potrà permetterci di invertire i trend, ovunque in crescita, delle malattie croniche e tumorali. Sarà dunque necessario organizzare eventi formativi per i medici e tutti gli operatori socio-sanitari, in particolare quelli che operano in settori quali la medicina e la pediatria di base, i servizi alla persona, la ginecologia, la neonatologia, la neuropsichiatria infantile e la psicologia dello sviluppo, l'igiene pubblica e la prevenzione. La formazione interdisciplinare, oltre ad aumentare le conoscenze in tutti gli attori della rete, ha anche lo scopo di facilitare la messa in rete effettiva delle diverse figure coinvolte. È necessario, inoltre, informare in modo corretto e capillare, anche attraverso nuovi strumenti di comunicazione informatizzata, tutti i cittadini, in particolare i genitori, i caregiver e gli insegnanti e diffondere, anche attraverso i media, una cultura permeata dei concetti di prevenzione primaria, di riduzione dell'esposizione materno-fetale, e dell'esposizione adolescenziale per il possibile impatto sui gameti con le relative conseguenze sulle generazioni future.

Costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisce in maniera determinante alla qualità dello sviluppo infantile e della società nel suo insieme.

Nell'affrontare il tema della genitorialità è bene cominciare ricordando che non esiste un genitore perfetto e che ogni coppia cerca la sua strada per esprimere le proprie potenzialità, attraverso un processo che si costruisce per prove ed errori. Berry Brazelton aggiunge a questo alcuni altri importanti presupposti di cui si deve tener conto nell'approccio con i genitori: sono loro gli esperti del proprio bambino, tutti i genitori hanno punti di forza così come hanno delle criticità da condividere nelle diverse fasi dello sviluppo, tutti hanno sentimenti ambivalenti ma tutti vogliono fare il meglio per il loro bambino.

È importante per questo attivare gruppi e azioni di sostegno tra famiglie per facilitare l'auto mutuo aiuto offrendo un sostegno pratico ed emotivo nella quotidianità per accompagnare i futuri e neogenitori in questi particolari periodi che influenzano lo sviluppo complessivo del bambino

In questi gruppi è importante includere il/la partner come attore fondamentale, in quanto è evidente il valore del contributo relazionale dell'altro genitore sia nella relazione diretta con la partner, sia in quella con il figlio, sia con la diade madre/bambino; una costruzione complessa e dinamica di nuovi equilibri, in continua evoluzione durante la gravidanza, al momento della nascita e nelle successive fasi dello sviluppo. Pertanto, una piena assunzione della propria responsabilità e la capacità di esprimere al meglio le proprie specifiche competenze genitoriali costituiscono il presupposto per l'adozione di una serie di comportamenti positivi in grado di incidere nel corso delle diverse tappe dello sviluppo sulla salute dei figli. La funzione del secondo genitore ha infatti una sua specificità, e non si traduce semplicemente in funzioni di accudimento, in affiancamento alle cure materne, ma assume un ruolo strategico nel mantenimento di stili di vita salutari, nella protezione e sostegno della donna in gravidanza e della diade madre-bambino, aiutandola anche a superare il circolo vizioso della solitudine che in

alcune situazioni può instaurarsi, generando nella donna sofferenza e sfiducia.

È quindi strategico prestare attenzione a tutti i genitori e, in particolare, alla rilevante quantità di famiglie che si trovano ad accogliere un nuovo bambino in situazioni di possibile fragilità e/o sovraccarico emotivo: famiglie monoparentali, neogenitori giovanissimi, famiglie omogenitoriali, famiglie adottive, famiglie nelle quali uno dei due genitori è affetto da un grave problema di salute fisica o mentale o viene a mancare precocemente, neogenitori che non hanno mai avuto esperienze anche minime di bambini piccoli prima di quella con il proprio figlio, o che non possono contare sul supporto di una rete familiare allargata. Le difficoltà che queste persone affrontano possono essere molto differenti, ma la valorizzazione delle risorse genitoriali esistenti e l'attivazione ed estensione della rete sociale di riferimento rappresentano elementi protettivi importanti.

Gli interventi preventivi, protettivi o curativi realizzati con tempestività in questa primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi a breve, medio e lungo termine, non solo per il bambino e l'adulto che sarà, ma anche per i genitori, la collettività e le generazioni future. Per questo è importante garantire una continuità dell'assistenza tra i vari servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e socio-educativi. L'integrazione della rete dei servizi è possibile anche grazie a un adeguato supporto informatizzato che permette il trasferimento e la raccolta delle informazioni necessarie per un'assistenza appropriata.

In linea con quanto affermato da OMS nel 2007 e ribadito dalla Commissione Europea nel 2013, combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile anche attraverso interventi di gruppo e singoli, anche domiciliari durante la gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino in collaborazione con i servizi dei Centri per le famiglie e i servizi sanitari. Strumenti di counselling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc.) e servizi di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, *home visiting*, ecc.) sono orientati a identificare e contrastare fattori di rischio e a sostenere la famiglia nel riconoscere e valorizzare le risorse proprie (fattori protettivi), della rete familiare allargata e del contesto sociale, e individuare le modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico, ad esempio, l'attivazione di interventi di *home visiting* o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del/della bambino/a e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre e/o del padre sulla loro competenza genitoriale, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e/o situazioni di maltrattamento fisico-psicologico o di abuso.

Beneficiari

Donne e coppie dal periodo precedente il concepimento, durante la gravidanza, al parto, bambini 0-3 anni e i loro genitori. Neomamme, neopapà e famiglie con figli/e piccoli/e. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini o dei genitori, alle condizioni di potenziale fragilità della madre/del padre, e ai fattori di rischio (ad es. basso livello socioeconomico, età della madre/del padre <20 anni o nucleo monoparentale, basso livello di scolarizzazione, mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno - depressione post-partum - e paterno, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione

La programmazione e la realizzazione degli interventi per i primi 1000 giorni richiede coordinamento e sinergia con: servizi educativi 0-3 anni, consultori familiari, pediatrie di comunità, punti nascita, pediatri di libera scelta, centri per le famiglie, associazioni fra pari (gruppi di auto-mutuo-aiuto), servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile, servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, centri salute mentale, ecc.), coordinamenti pedagogici, biblioteche del territorio, enti locali. A livello nazionale l'integrazione con il progetto di sorveglianza ministeriale organizzato dall'ISS "sorveglianza 0-2" fornisce un ulteriore elemento di trasversalità e confronto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi 1000 giorni (dal concepimento ai due anni di vita) per lo sviluppo del bambino. Lo sviluppo neurologico e psicologico è infatti influenzato dalle modalità di accudimento agite. Gli stimoli esterni influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi la definizione delle reti neuronali che sono alla base dell'armonico sviluppo delle competenze del bambino, quali la sua capacità di apprendimento e di relazione.

Sulla base dei risultati di ricerche internazionali, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel documento del 2007 *Early child development: a powerful equalizer* [Irwin LG, et al.], raccomanda di implementare precocemente interventi a sostegno della genitorialità, per facilitare lo sviluppo di un sano legame di accudimento, per garantire una buona partenza a tutti i bambini, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche in cui si trovano, e definisce questi interventi precoci potenti strumenti per riequilibrare le sorti dei bambini.

Inoltre, con *Health 21* sempre l'OMS sottolinea l'importanza di investire sulla salute nelle fasi precoci della vita. Consulenze genetiche, buone pratiche alimentari, rinuncia all'assunzione di tabacco e alcool durante la gravidanza e cure mediche prenatali favoriscono migliori condizioni fisiche alla nascita: riduzione di basso peso e anomalie congenite.

La promozione di sani stili di vita in gravidanza, la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento, le visite domiciliari (*home visiting*) per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita, interventi a sostegno della genitorialità sono tutti finalizzati a garantire una traiettoria di sviluppo coerente con il proprio potenziale, indipendentemente dalle condizioni di partenza. Questi interventi mirano quindi a ridurre le disuguaglianze e, sostenendo la genitorialità, a prevenire le condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini [Speranza et al. 2007]. Le evidenze suggeriscono che gli interventi precoci hanno un impatto in termini di benessere superiore a qualunque altro intervento successivo, con esiti positivi che si mantengono anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni). Dal punto di vista economico si stima che gli effetti sulla società in termini di guadagni di interventi attuati nei primi 1000 giorni sia estremamente conveniente: un dollaro usato per sostenere un bambino a raggiungere con il suo pieno potenziale l'età scolare genera in quaranta anni un ritorno economico pari a 17 dollari (anche dopo aver controllato per l'inflazione) [Schweinhart et al., 2004]: questi guadagni dipendono sia da ridotte spese per l'educazione aggiuntiva di sostegno che da minore costi della giustizia, ma anche da aumentati guadagni per maggiore accesso al mercato del lavoro delle donne e maggiore produttività dell'intera popolazione.

Principali riferimenti bibliografici

- Lori G. Irwin, Arjumand Siddiqi, Clyde Hertzman: *Early child development: a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*, WHO 2007 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69729>
- WHO, *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 5)* 1998
- Speranza A.M., Mattei E., *Programmi di sostegno alla genitorialità: l'Home Visiting*. Ed.Kappa, 2007
- Lawrence J. Schweinhart, Jeanne Montie, Zongping Xiang, W. Steven Barnett, Clive R. Belfield, Milagros Nores: *The High/Scope Perry preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions*. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation (2004).
- Tamburini G., *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino*, *Medico e Bambino*, 4/2014, p. 2-9.
- Tamburlini G., *Visite domiciliari per mamme e bambini: rationale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione*, *Medico e Bambino* 8/2014.
- Tamburlini G., *"L'ambiente familiare di apprendimento, 1° parte"*, *Medico e Bambino* 2020; 39:101-110.

PL11 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL11_OT04	Partecipare a tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate
PL11_OT04_IT05	Tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate
Formula	Numero di tavoli tecnici e/o gruppi tecnici multidisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate e per la realizzazione dei nuovi obiettivi strategici di programma a cui partecipa almeno un attore della rete dei servizi dei primi mille giorni
Standard	Partecipazione ad almeno 1 tavolo tecnico a partire dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna

FORMAZIONE

PL11_OT02	Organizzare eventi formativi validati (anche FAD) per i professionisti dei servizi sanitari, socio sanitari, sociali e educativi e di rappresentanze di tutti gli attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma
PL11_OT02_IT04	Offerta formativa a carattere regionale per operatori sanitari, socio sanitari, sociali ed educativi e di rappresentanze di tutti gli altri attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma
Formula	Numero di formazioni, che prevedano la partecipazione dei professionisti dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna

COMUNICAZIONE

PL11_OT03	Garantire a tutte le donne e alle coppie informazioni chiare sulle azioni e sui programmi previsti per il percorso nascita e per la salute di bambini e bambine nei primi anni di vita al fine di ottenere un'adesione consapevole e responsabile della donna e della coppia a quanto previsto dal percorso assistenziale
PL11_OT03_IT03	Interventi di comunicazione e informazione relativamente all'assistenza al percorso nascita e all'accudimento di bambini e bambine nei primi anni di vita
Formula	Numero di interventi di comunicazione e informazione relativamente al Programma regionale dei primi 1000 giorni rivolti sia ai cittadini sia agli operatori sanitari, sociosanitari, sociali e dei servizi educativi
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di informazione/comunicazione di carattere regionale, a partire dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna

EQUITÀ

PL11_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL11_OT01_IT01	Lenti di equità
Formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

PL11 Obiettivi e indicatori specifici

PL11_OS01	Implementare strumenti informatizzati per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio quali la lettera di dimissione informatizzata e la cartella informatizzata pediatrica
PL11_OS01_IS01	Attività del gruppo di lavoro per la realizzazione della cartella pediatrica informatizzata
Formula	N. incontri per la realizzazione della cartella pediatrica informatizzata
Standard	Almeno 3 incontri/anno a partire dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS01_IS02	Attività del gruppo di lavoro per la realizzazione della lettera di dimissione informatizzata
Formula	Numero incontri per la realizzazione della lettera di dimissione informatizzata
Standard	Almeno 3 incontri/anno a partire dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS02	Prevenire le situazioni di fragilità accompagnando i futuri-neogenitori nei primi 1000 giorni, periodo che influenza il benessere complessivo di bambini e bambine, sviluppando e sostenendo la genitorialità attraverso l'acquisizione di corrette informazioni e la partecipazione consapevole alle cure del neonato
PL11_OS02_IS05	Progettazioni volte a sostenere e accompagnare i neogenitori nel periodo che precede la nascita e nei primi 1000 giorni di vita dei bambini.
Formula	N. Centri per le famiglie che hanno attivato una progettazione integrata con i servizi sanitari/tot. Centri per le famiglie *100
Standard	Almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS02_IS06	Frequenza servizi educativi <12 mesi
Formula	Bambini residenti di <12 mesi che frequentano un servizio educativo/tot. Bambini residenti <12 mesi * 100
Standard	Almeno il 10% entro il 2025
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS02_IS07	Frequenza servizi educativi <3 anni
Formula	Bambini residenti <3 anni che frequentano un servizio educativo/tot. Bambini residenti <3 anni * 100
Standard	Incremento della frequenza dal 2022 al 2025
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS03	Promuovere la salute mentale nella donna e nella coppia. Conoscere e prestare attenzione ai fattori di rischio per la depressione in gravidanza e nel post partum per favorire la prevenzione e l'intervento precoce
PL11_OS03_IS08	Copertura del programma di prevenzione e intervento precoce del disagio psichico
Formula	N. distretti che hanno attivato un programma per individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale/Totale dei distretti *100
Standard	Almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS04	Proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno fin dalla nascita, esclusivo per i primi sei mesi di vita e accompagnato poi da cibi sani fino ai due anni di vita e oltre, in accordo ai desideri di madre e bambino/bambina.
PL11_OS04_IS09	Prevalenza di allattamento completo a 3 mesi
Formula	Donne che allattano in modo completo/donne intervistate al momento della vaccinazione del bambino a 3 mesi * 100
Standard	> 55% entro il 2023; > 58% entro il 2025
Fonte	Anagrafe Vaccinale Regionale
PL11_OS04_IS10	Prevalenza di allattamento completo a 5 mesi
Formula	Donne che allattano in modo completo/donne intervistate al momento della vaccinazione del bambino a 5 mesi * 100
Standard	> 45% entro il 2023; > 48% entro il 2025
Fonte	Anagrafe Vaccinale Regionale

PL11_OS05	Promuovere attivamente la conoscenza e la consapevolezza (Health Literacy) dell'offerta preventiva e assistenziale sia nel settore sociale che sanitario per la gravidanza, il puerperio e la salute dei bambini e delle bambine. Produrre e disseminare informazioni e implementare interventi di dimostrata efficacia per il contrasto alle disuguaglianze e per intercettare precocemente situazioni a rischio
PL11_OS05_IS03	Accesso alle informazioni da parte della popolazione target
Formula	Numero accessi agli strumenti informativi disponibili
Standard	Incremento degli accessi nel periodo 2022-2025
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS06	Promuovere la salute neuropsichica del bambino tramite l'identificazione precoce dello sviluppo atipico e l'implementazione di azioni a sostegno attraverso il rafforzamento della rete fra pediatria di libera scelta e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza
PL11_OS06_IS04	Costituzione del gruppo di lavoro tra professionisti dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Pediatri di libera scelta (PLS)
Formula	N. incontri del gruppo di lavoro
Standard	Almeno un incontro/anno dal 2022
Fonte	Regione Emilia-Romagna
PL11_OS07	Contribuire al "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" (Min. della Salute-ISS)
PL11_OS07_IS11	Partecipazione alla sorveglianza 0-2 anni sui determinanti di salute del bambino
Formula	Sì no
Standard	Sì
Fonte	Report triennale Ministero-ISS

PL11 Azioni

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (1 di 4)	Implementazione degli strumenti informatizzati per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.10 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi
CICLO DI VITA	Infanzia; donne in età fertile

Descrizione

L'integrazione della rete dei servizi è possibile anche grazie a un adeguato supporto informatizzato che permette il trasferimento e la raccolta delle informazioni necessarie per un'assistenza appropriata.

- Dimissione appropriata della madre e del neonato supportata dalla lettera di dimissione informatizzata. Alla nascita si esegue la denuncia di nascita, l'attribuzione del codice fiscale, la scelta del pediatra di libera scelta e l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico, così da garantire l'invio della lettera di dimissione informatizzata contenente i dati sugli screening neonatali e l'alimentazione del neonato.
- Sviluppo di una cartella informatizzata pediatrica regionale per garantire il passaggio di informazioni tra ospedale e territorio (es. screening neonatali, lettera di dimissione), la registrazione delle attività di prevenzione e promozione della salute come quelle relative alla promozione della lettura e i bilanci di salute.
- Informatizzazione e aggiornamento dei bilanci di salute per la registrazione dei dati relativi ai disturbi del neurosviluppo.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (2 di 4)	Attività informative e di supporto alle famiglie espletate in rete con équipe interdisciplinari rivolte in particolare al periodo prenatale e nei primi anni di vita del bambino.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.11 Comunicazione - Marketing sociale
CICLO DI VITA	Infanzia; donne in età fertile

Descrizione

Le attività informative devono riguardare:

- L'attivazione di una connessione fra il portale regionale *Informafamiglie* e l'app della gravidanza *Non da sola* per disegnare la mappa delle opportunità-servizi-risorse sociali e sanitarie sul territorio regionale.
- La distribuzione di materiale informativo sui servizi presenti nel territorio a tutte le neomamme già durante le dimissioni dall'ospedale tramite la cartella del neonato, che va a integrare l'app *Non da sola*.
- Consigli per un corretto stile di vita delle donne in gravidanza in condizione di sovrappeso o obesità.
- L'attività di informazione per la promozione della vaccinazione per l'accesso ai servizi l'infanzia 0-3 anni (servizi educativi e ricreativi che accolgono bambini in età 0-3 anni) (vedi Programma libero vaccinazioni).
- La distribuzione di materiale sul tema della prevenzione delle infezioni attraverso l'igiene delle mani e l'igiene respiratoria per favorire l'adozione di cambiamenti sostenibili dell'ambiente educativo e familiare in collaborazione con i referenti del Programma Predefinito 10 - Misure di contrasto all'antimicrobicoresistenza, con utilizzo di materiale informativo da esporre nelle scuole dell'infanzia e negli ambulatori dei PLS.

Le attività informative per i genitori e formative per i professionisti e operatori saranno rafforzate grazie alla partecipazione al progetto di sorveglianza del Ministero e ISS "sorveglianza 0-2", che prevede una formazione a distanza all'avvio del progetto (2022) e fornisce uno strumento di monitoraggio triennale (sorveglianza 0-2, da effettuarsi presso le pediatrie di comunità durante 4 momenti vaccinali).

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (3 di 4)	Attivare interventi che coinvolgono la rete dei servizi territoriali e il terzo settore per la prevenzione delle situazioni di fragilità per le famiglie, le mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.4 Ciclo HEA di un Servizio sociosanitario (es. consultori, screening, materno-infantile, ecc.)
CICLO DI VITA	Infanzia; donne in età fertile

Descrizione

Gli interventi per la prevenzione delle fragilità possono essere declinati nelle seguenti attività:

- Attivazione di interventi di gruppo e singoli, anche domiciliari per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita in collaborazione con i servizi dei Centri per le famiglie e i servizi sanitari per la prevenzione delle situazioni di fragilità con un'attenzione particolare alle zone geograficamente disagiate e di montagna
- Attivazione di gruppi e azioni di sostegno tra famiglie per facilitare l'auto mutuo aiuto offrendo un sostegno pratico ed emotivo nella quotidianità per accompagnare i futuri e neogenitori in questi particolari periodi che influenzano lo sviluppo complessivo del bambino.
- Sostegno alla genitorialità tramite l'implementazione di attività di promozione della lettura.
- Implementazione in tutti i territori delle attività di prevenzione della depressione in gravidanza.

- Momenti di formazione trasversale che coinvolgano le diverse figure attive sulla famiglia, al fine di facilitare la messa in rete effettiva delle diverse figure coinvolte (personale sanitario, PLS, professionisti dei Centri per le famiglie, associazionismo).
- Rilevazione precoce dei disturbi del neurosviluppo, tramite l'attività di valutazione e sostegno allo sviluppo da parte dei pediatri durante i bilanci di salute. L'attività prevede l'attivazione di una rete fra pediatri di libera scelta e servizi di neuropsichiatria infanzia e adolescenza.

L'efficacia di queste azioni sarà verificabile anche attraverso il progetto di sorveglianza del Ministero e ISS "Sorveglianza 0-2", che prevede una formazione a distanza all'avvio del progetto (2022) e fornisce uno strumento di monitoraggio triennale (sorveglianza 0-2, da effettuarsi presso le pediatrie di comunità durante 4 momenti vaccinali).

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (4 di 4)	Promozione e sostegno dell'allattamento.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.4 Ciclo HEA di un Servizio sociosanitario (es. consultori, screening, materno-infantile, ecc.)
CICLO DI VITA	Infanzia; donne in età fertile

Descrizione

Avvio della raccolta dati al momento della dimissione dopo la nascita grazie alla lettera di dimissione informatizzata, mantenimento del monitoraggio tramite AVR a tre e cinque mesi. Grazie al *record linkage* fra i nostri flussi informativi le rilevazioni nei tre momenti (alla nascita, tre e cinque mesi) potranno definire il percorso di allattamento dei vari soggetti osservati.

Momenti di formazione trasversale fra ostetriche, pediatri, infermieri, professionisti dei centri per le famiglie e associazioni di auto mutuo aiuto.

Per l'anno 2021, in concomitanza con la pandemia Covid-19, valutazione dell'impatto delle restrizioni (di accesso ai servizi, ma anche delle relazioni sociali) sulla prevalenza di allattamento (studio qualitativo).

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Monitorare la prevalenza di allattamento completo in vari gruppi di donne stratificate in base a caratteristiche socio-economiche
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Ampliare il monitoraggio dell'allattamento includendo il dato alla nascita. Migliorare il record linkage con la banca dati del CedAP per identificare le caratteristiche materne associate a esiti peggiori di allattamento. Pianificare interventi mirati sulla popolazione che risulta essere più vulnerabile. Possibili barriere a questi interventi sono di natura tecnica, dipendendo dalla possibilità di attivare sistemi per la scelta tempestiva del pediatra di libera scelta prima della dimissione ospedaliera. Lo studio delle diverse procedure aziendali e l'identificazione della migliore strategia, anche in termini di sostenibilità e sicurezza, dovrebbe permettere di raggiungere l'obiettivo. La possibilità di attivare interventi mirati è vincolata alle risorse disponibili sul territorio in termini di professionisti dell'area sanitaria e sociale. La collaborazione con le associazioni di volontariato è un sostegno, ma non si può configurare come sostitutivo delle attività istituzionali.
ATTORI COINVOLTI	Aziende sanitarie, servizi sociali, servizi educativi, diversi assessorati regionali, Agenzia delle Entrate, servizi ICT regionali e aziendali, anagrafe comunale, associazioni di auto-aiuto
INDICATORE	Percentuale di neonati per i quali è possibile procedere a record linkage con flusso dati CedAP Formula: numero di neonati per i quali è possibile procedere a record linkage con flusso dati CedAP sul totale dei nati in ospedale. Standard: almeno il 50% Fonte: Regione Emilia-Romagna