

28/12/2024

L'Equità per target

Piano Regionale della Prevenzione 2020 - 2025

I primi 1000 giorni

PP01 - Scuole che promuovono salute

PL 11 - Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni

Procedura HEA

profilo di salute e di equità

Progettazione partecipata

Programmazione

Azioni

Valutazione

Centro Regionale per la Salute Globale
Laboratorio di Equità



Introduzione:

La salute nei primi mille giorni di vita, che coprono il periodo dal concepimento fino ai primi due anni di età, rappresenta una finestra critica per lo sviluppo umano. In questi mille giorni, si pongono le basi per la salute fisica, cognitiva ed emotiva del bambino, con impatti che si riverberano lungo tutto l'arco della vita. Le esperienze positive e le condizioni favorevoli durante questo periodo possono promuovere un sano sviluppo, mentre le avversità possono lasciare segni profondi e duraturi. Tuttavia, non tutti i bambini iniziano la vita con le stesse opportunità. Le disuguaglianze socioeconomiche, culturali e ambientali giocano un ruolo determinante nel plasmare la qualità della vita nei primi mille giorni.

Famiglie con risorse economiche limitate spesso affrontano difficoltà nell'accesso a cure prenatali adeguate, nell'ottenere una nutrizione sufficiente e nel fornire un ambiente stimolante e sicuro per i loro figli. Le madri che vivono in condizioni di povertà sono esposte a maggiori rischi di complicazioni durante la gravidanza e di partorire bambini con basso peso alla nascita, condizioni che possono avere conseguenze significative sullo sviluppo del bambino. Inoltre, le disuguaglianze nell'accesso all'istruzione e alle informazioni sanitarie possono impedire a molte famiglie di adottare pratiche che promuovano una crescita sana.

Le disparità non si limitano solo agli aspetti economici. Fattori culturali e geografici possono anch'essi creare barriere significative. In alcune comunità, la mancanza di strutture sanitarie adeguate o la distanza dalle stesse rende difficile ottenere cure mediche tempestive. Le pratiche culturali e le norme sociali possono influenzare le abitudini alimentari e le cure pre e postnatali, a volte con effetti negativi sulla salute del bambino.

Queste disuguaglianze hanno implicazioni profonde non solo per gli individui, ma anche per la società nel suo insieme. Bambini che non ricevono le cure e l'attenzione necessarie nei primi mille giorni sono più a rischio di sviluppare problemi di salute cronici, difficoltà di apprendimento e problemi comportamentali, che possono limitare le loro possibilità di realizzare il loro pieno potenziale. Di conseguenza, affrontare le disuguaglianze nella salute durante questo periodo cruciale non è solo una questione di giustizia sociale, ma rappresenta anche un investimento fondamentale per il futuro benessere e la prosperità delle comunità e delle nazioni.

Non è solo il patrimonio genetico ereditato dai genitori a influire su quello che sarà lo stato di salute futuro del bambino e, poi, dell'adulto, ma anche l'ambiente che lo circonda, a partire da prima del concepimento. Lo stile di vita dei futuri genitori, infatti, influisce sugli ovociti della mamma e sugli spermatozoi del papà e condizioneranno il funzionamento dei geni del bambino. Dopo il concepimento gli stimoli esterni continuano a influenzare il feto attraverso l'utero della madre e, dopo la nascita, direttamente dall'ambiente in cui vive il bambino.

L'ambiente intorno al bambino, le persone che lo circondano e perfino gli stimoli psicologici sono in grado di regolare il funzionamento dei geni, di "spegnerne" alcuni e di "accenderne" altri, di rallentare il funzionamento o di accelerarlo. Si parla di "primi mille giorni" perché è in questo periodo di tempo, dal concepimento fino ai due anni di età, che si forma gran parte dell'organismo. E proprio perché "in via di costruzione", è più facile modificarlo, adattarlo all'ambiente. Nel gergo scientifico si dice che nei primi periodi di vita l'organismo è plastico, cioè è più facilmente malleabile.

La fonte dei dati:

È importantissimo avere delle fonti dati consolidate dove poter avere dati certi e confrontabili di tipo quantitativo e successivamente anche di tipo qualitativo.

Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha l'obiettivo di monitorare i principali determinanti di salute dei bambini nei loro primi due anni di vita. Questo sistema è stato istituito per raccogliere dati rilevanti e generare indicatori utili per confronti territoriali e intertemporali, rispondendo anche alle richieste dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dei Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione.

La sorveglianza copre vari aspetti della salute materno-infantile, tra cui l'assunzione di acido folico prima e durante la gravidanza, il consumo di tabacco e alcol durante la gravidanza e l'allattamento, l'allattamento stesso, la sicurezza in casa e in auto, l'esposizione dei bambini agli schermi elettronici, e la pratica della lettura in famiglia. I dati vengono raccolti attraverso questionari anonimi compilati dalle mamme durante le visite ai centri vaccinali per le vaccinazioni dei loro bambini ([Epicentro](#)).

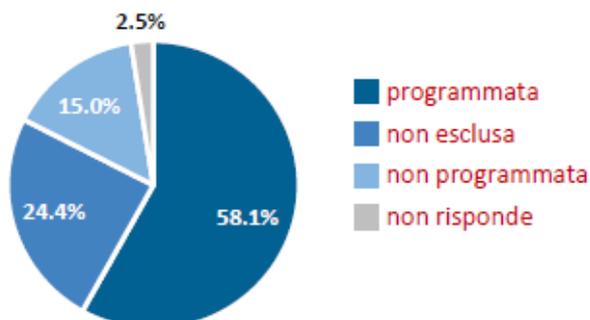
Le informazioni raccolte sono cruciali per identificare comportamenti e pratiche che possono influire sulla salute dei bambini e per promuovere interventi mirati a migliorare le condizioni di salute in questa fascia d'età. I dati raccolti forniscono una base scientifica per la formulazione di politiche sanitarie e per la promozione di azioni di prevenzione, contribuendo a migliorare le pratiche sanitarie e la consapevolezza tra i genitori e gli operatori sanitari.

Questo sistema di sorveglianza non solo aiuta a monitorare e migliorare la salute dei bambini, ma è anche uno strumento fondamentale per ridurre le disuguaglianze in ambito sanitario, garantendo che tutte le famiglie, indipendentemente dal loro contesto socioeconomico, possano avere accesso a informazioni e risorse per promuovere la salute dei loro figli ([Epicentro](#)).

Le principali disuguaglianze riscontrate in analisi multivariata sorveglianza 0 – 2 anni:

Assunzione di Acido folico

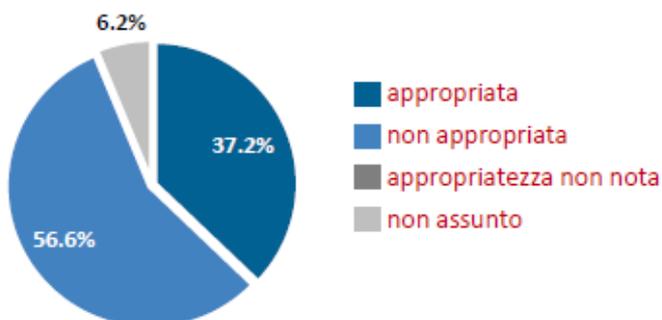
L'assunzione quotidiana di 0,4 mg di acido folico, da almeno un mese prima del concepimento fino a 3 mesi dopo, protegge il/la bambino/a da gravi malformazioni congenite.



Gravidanza

Più di 8 mamme su 10 hanno programmato o non escluso la possibilità di una gravidanza, condizione che facilita l'assunzione appropriata di acido folico.

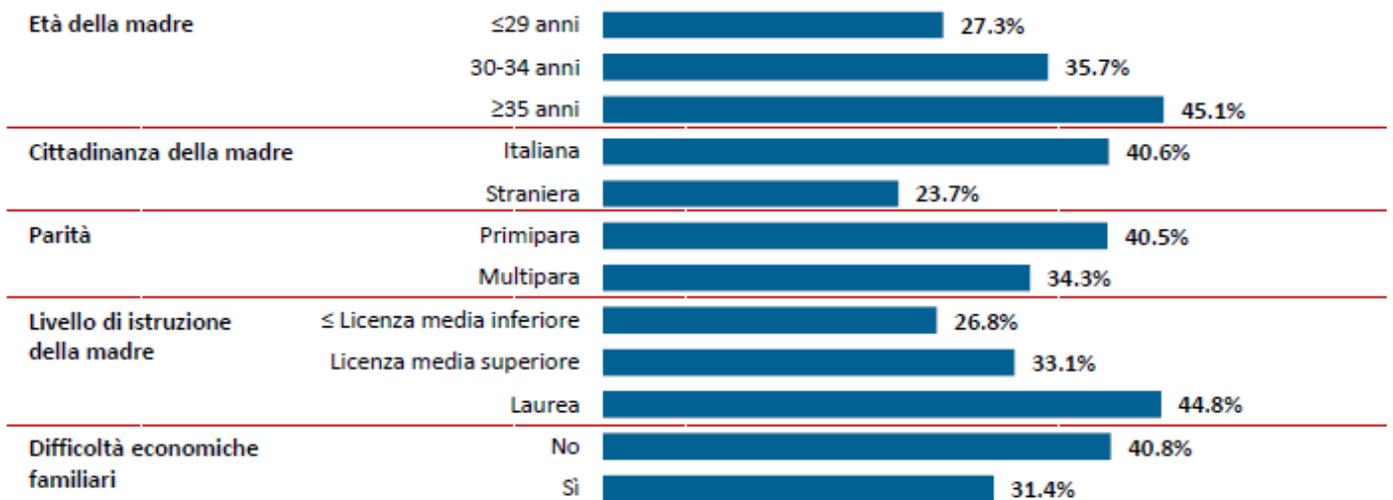
Assunzione di acido folico (gravidanze programmate o non escluse)



Oltre il 90% delle mamme ha assunto l'acido folico in occasione della gravidanza ma solo il 37,2% in maniera appropriata (prima e dopo il concepimento) per la prevenzione delle malformazioni congenite.



Assunzione appropriata di acido folico per caratteristiche socio-economiche (gravidezze programmate o non escluse)



Dall'analisi multivariata emerge che l'assunzione appropriata di acido folico risulta significativamente meno frequente al diminuire dell'età delle mamme, tra le straniere, le multipare, le non laureate e quelle che hanno riferito difficoltà economiche.

Si riscontra anche un problema di comunicazione nei confronti delle neo-mamme sull'assunzione corretta dell'acido folico per cui nonostante lo assumano quasi la totalità, in realtà due terzi non in modo corretto. Quindi oltre a non avere tutte la stessa possibilità di comprensione, abbiamo anche una disuguaglianza creata dal Sistema Sanitario che non fornisce una informazione come da linee guida.

Azioni in atto per attenuare queste disuguaglianze:

- **Corso di formazione** per Medici di Base, Pediatri di libera scelta, Operatori medici e non dei consultori familiari
- Fare in modo che le donne straniere vengano a contatto con l'informativa **traducendo in varie lingue** le raccomandazioni, con l'utilizzo anche degli opuscoli ministeriali.
- **Corso del Centro Regionale per la salute globale e del Laboratorio di equità "Dai dati all'azione"** – prima giornata con la presentazione dei dati da parte delle Operatrici dell'ISS che gestiscono il Sistema di sorveglianza e con la Dr.ssa Angela Giusti che si occupa della parte di promozione della salute nei primi 1000 giorni
- **Corso** sul counselling breve per gli stessi operatori
- **Corsi di Assistenza alla gravidanza** (oggetto anche questi di disuguaglianza, li frequentano di meno le donne con bassa istruzione, con problemi economici e straniere) Quindi attività di empowerment e conoscenza di questi corsi:
 - **Catalogo scuole** che promuovono salute (PP01) del PRP progetto:

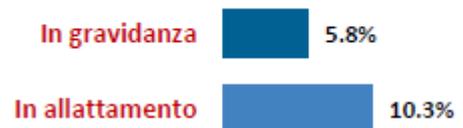
- **Viva l'Amore**, progetto validato a livello internazionale sulla sessualità e corretta gestione dei primi 1000 giorni
- **Il Consultorio incontra le scuole**: Le scuole si recano presso i consultori in modo che tutti sappiano dove si trova, quali servizi offre e soprattutto svolgendo attività di Peer education e informazione (possibilità per tutti di andare comprese i ragazzi stranieri o con disagi socio economici).

Fumare in gravidanza e/o in allattamento

Aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale, morte improvvisa in culla, patologie broncopolmonari, deficit mentali e comportamentali I/lebambini/e esposti/e a fumo passivo hanno un rischio maggiore di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma

Il 5,8% delle mamme ha dichiarato di aver fumato durante la gravidanza. Maggiore è la quota di fumatrici tra le mamme che stavano allattando 10,3% collocando l'Umbria al 2° posto tra le regioni con una percentuale superiore rispetto al pool di regioni 8,7%

Consumo di tabacco



Consumo di tabacco al momento dell'intervista:

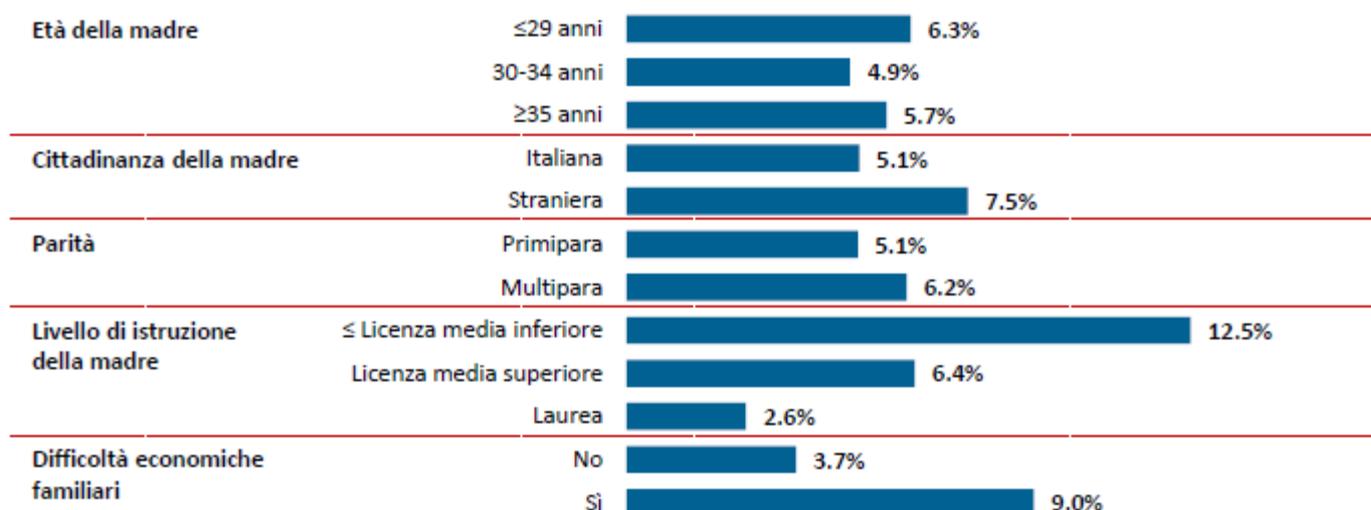


La quota di mamme che ha dichiarato di fumare al momento dell'intervista aumenta all'aumentare dell'età dei/delle bambini/e.



Risultano potenzialmente esposti/e al fumo passivo quasi 4 bambini/e su 10.

Consumo di tabacco in gravidanza per caratteristiche socio-economiche



Dall'analisi multivariata emerge che il consumo di tabacco in gravidanza è significativamente più diffuso al diminuire del livello d'istruzione delle mamme e tra quelle che hanno riferito difficoltà economiche. Come si evidenzia la frazione attribuibile alla disuguaglianza per istruzione è di 6 punti percentuale e quella alle difficoltà economiche di oltre 5 punti. Inoltre anche se con valore non significativo le straniere fumano più delle Italiane.

Azioni in atto per attenuare queste disuguaglianze:

- **Counselling** breve per gli stessi operatori
- **Riattivazione** dei Centri Anti – fumo distrettuali
- Fare in modo che le donne straniere vengano a contatto con l'informazione **traducendo in varie lingue** le raccomandazioni, con l'utilizzo anche degli opuscoli ministeriali.
- **Corso del Centro Regionale per la salute globale e del Laboratorio di equità** "Dai dati all'azione" – prima giornata con la presentazione dei dati da parte delle Operatrici dell'ISS che gestiscono il Sistema di sorveglianza e con la Dr.ssa Angela Giusti che si occupa della parte di promozione della salute nei primi 1000 giorni
- **Corsi di Assistenza alla gravidanza** (oggetto anche questi di disuguaglianza, li frequentano di meno le donne con bassa istruzione, con problemi economici e straniere) Quindi attività di empowerment e conoscenza di questi corsi:
 - **Catalogo scuole** che promuovono salute (PP01) del PRP progetto:
 - **Viva l'Amore**, progetto validato a livello internazionale sulla sessualità e corretta gestione dei primi 1000 giorni
 - **Il Consultorio incontra le scuole**: Le scuole si recano presso i consultori in modo che tutti sappiano dove si trova, quali servizi offre e soprattutto svolgendo attività di Peer

education e informazione (possibilità per tutti di andare comprese i ragazzi stranieri o con disagi socio economici).

Aumentare le capacità di Health Literacy per le donne con maggiori disuguaglianze, favorendo la loro partecipazione presso biblioteche comunali sui temi generali di salute e i fattori di rischio comportamentali nei primi 1000 giorno di vita del bambino. Il programma è svolto in collaborazione con la sezione culturale della regione Umbria in un accordo fra Sanità, Sociale e Cultura.

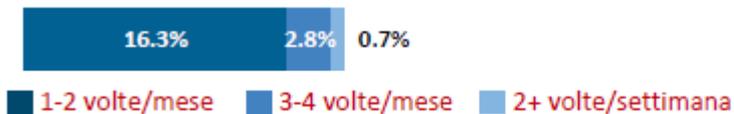
L'assunzione di alcol in gravidanza

Aumenta il rischio di spettro dei disordini feto alcolici, aborto spontaneo, parto pretermine, basso peso alla nascita, malformazioni congenite, sindrome della morte improvvisa in culla, difficoltà cognitive e relazionali.

Le mamme che hanno dichiarato di aver assunto alcol in gravidanza sono il 19,8%, di queste il 16,3% con una frequenza di 1-2 volte/mese e il 3,5% con una frequenza maggiore pari ad almeno 3-4 volte/mese

Consumo di bevande alcoliche in gravidanza

(anche solo mezzo bicchiere di vino o una birra piccola o un aperitivo)



Consumo di bevande alcoliche in allattamento

Mamme di bambini/e di 2-5 mesi

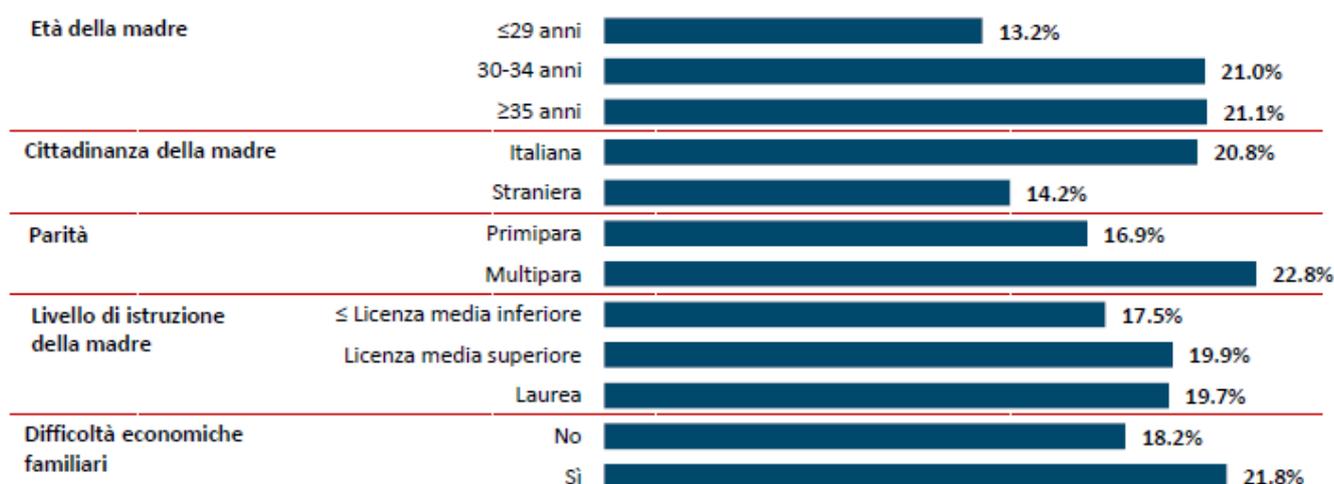


Mamme di bambini/e di 11-15 mesi



Tra le mamme che allattano, la proporzione che ha riferito di aver assunto alcol nell'ultimo mese precedente l'intervista aumenta all'aumentare dell'età dei/delle bambini/e, sia in corrispondenza delle frequenze di consumo più basse che di quelle più elevate

Consumo di alcol in gravidanza (almeno 1-2 volte al mese) per caratteristiche socio-economiche



Dall'analisi multivariata emerge che il consumo di alcol in gravidanza (almeno 1-2 volte/mese) è significativamente più diffuso tra le mamme ultratrentenni, le italiane, le multipare e quelle con difficoltà economiche.

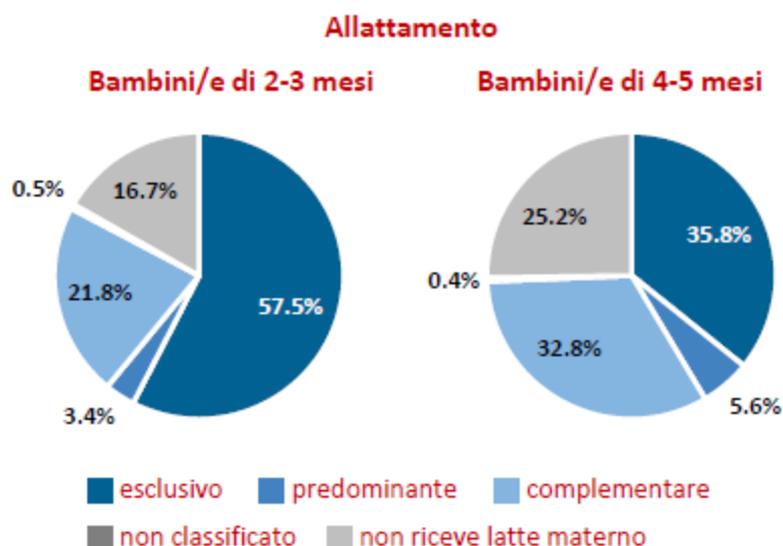
In questo caso il problema disuguaglianze è più attenuato ma non in senso positivo, la percentuale di consumo di alcol è comunque elevata, e i fattori di protezione e le azioni messe in atto sono identiche a quelle per l'abitudine al fumo eccetto quella dei centri anti-fumo. Sarebbero utili delle comunità di pratica per fare smettere di assumere alcol le donne che già lo fanno in modo "dipendente" prima della gravidanza con una informazione attenta alle classi più disagiate. Ad esempio con gruppi di lavoro multietnici, periferici ecc.

Allattamento:

Gli effetti benefici dell'allattamento, sia per la mamma che per il/la bambino/a, sono ampiamente documentati. L'OMS e l'UNICEF raccomandano di allattare in modo esclusivo fino ai 6 mesi di età e, se desiderato da mamma e bambino/a, di proseguire fino ai 2 anni e oltre, introducendo gradualmente cibi complementari.

L'alimentazione esclusiva con latte materno riguarda un po' meno di 6 bambini/e su 10 nella fascia d'età 2-3 mesi e meno di 4 in quella 4-5 mesi.

Il 45,9% dei/delle bambini/e continua a ricevere latte materno a 12-15 mesi.



Allattamento esclusivo nella fascia d'età 2-5 mesi per caratteristiche socio-economiche

Considerando il totale dei/delle bambini/e di 2-5 mesi, il 47,9% risulta allattato in maniera esclusiva



Dall'analisi multivariata emerge che l'allattamento esclusivo è significativamente meno frequente tra le mamme primipare e quelle che non hanno mai partecipato a un IAN.

Azioni in atto per attenuare queste disuguaglianze:

- **Counselling breve** per gli stessi operatori da rivolgere alle mamme future.
- **Corsi di Assistenza alla gravidanza** (oggetto anche questi di disuguaglianza, li frequentano di meno le donne con bassa istruzione, con problemi economici e straniere) Quindi attività di empowerment e conoscenza di questi corsi:
 - **Catalogo scuole** che promuovono salute (PP01) del PRP progetto:
 - **Viva l'Amore**, progetto validato a livello internazionale sulla sessualità e corretta gestione dei primi 1000 giorni
 - **Il Consultorio incontra le scuole**: Le scuole si recano presso i consultori in modo che tutti sappiano dove si trova, quali servizi offre e soprattutto svolgendo attività di Peer education e informazione (possibilità per tutti di andare comprese i ragazzi stranieri o con disagi socio economici).
- **Aumentare le capacità di Health Literacy** per le donne con maggiori disuguaglianze, favorendo la loro partecipazione presso biblioteche comunali sui temi generali di salute e i fattori di rischio comportamentali nei primi 1000 giorno di vita del bambino. Il programma è svolto in collaborazione con la sezione culturale della regione Umbria in un accordo fra Sanità, Sociale e Cultura.

La sindrome della morte improvvisa in culla

E' una delle principali cause di morte post neonatale.

Mettere a dormire il/la bambino/a in posizione supina è uno degli interventi semplici ed efficaci in grado di ridurre il rischio

Otto bambini/e su 10 nella fascia d'età 2 3 mesi e 7 in quella 4 5 mesi vengono posizionati/e correttamente a pancia in su in culla.

Posizione corretta in culla nella fascia d'età 2-5 mesi per caratteristiche socio-economiche

Considerando il totale dei/delle bambini/e di 2-5 mesi, il 75,7% viene posizionato correttamente in culla.

Età della madre	≤29 anni	67.7%
	30-34 anni	78.0%
	≥35 anni	79.8%
Cittadinanza della madre	Italiana	79.6%
	Straniera	62.1%
Parità	Primipara	75.9%
	Multipara	76.0%
Livello di istruzione della madre	≤ Licenza media inferiore	63.2%
	Licenza media superiore	74.1%
	Laurea	80.4%
Difficoltà economiche familiari	No	78.7%
	Sì	70.0%
Partecipazione a incontro di accompagnamento alla nascita (IAN)	Mai	68.9%
	Sì	78.9%

Dall'analisi multivariata emerge che il posizionamento corretto del/la bambino/a in culla è significativamente meno frequente tra le mamme più giovani (≤29 anni) e le straniere.

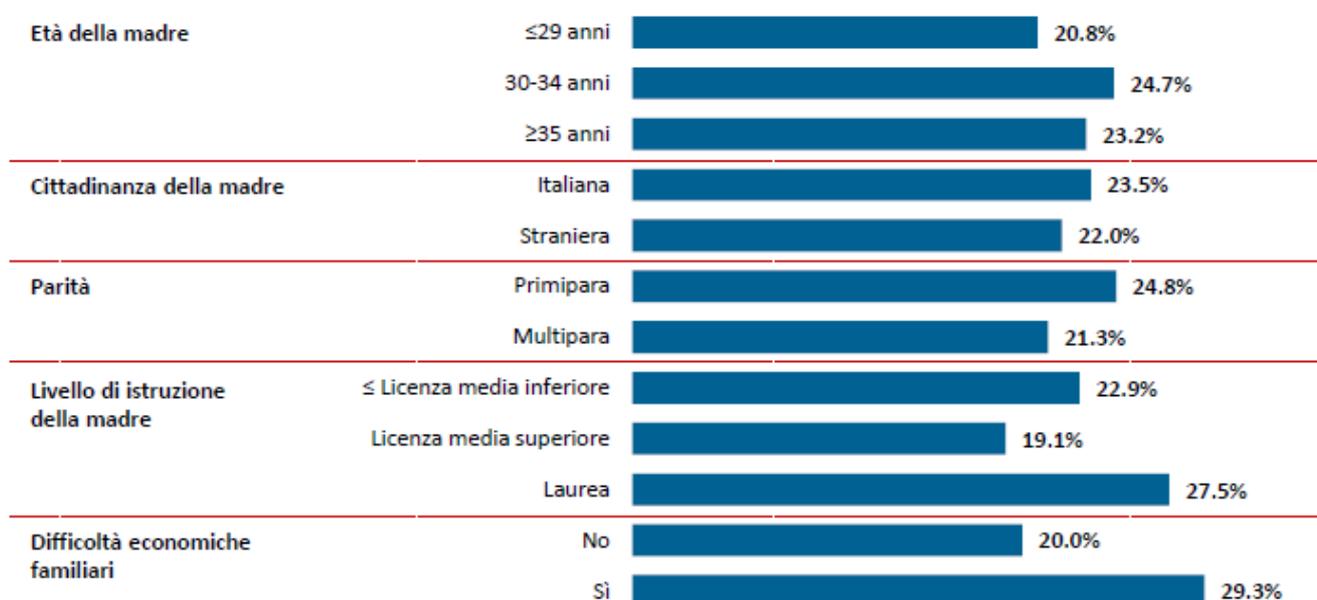
I fattori protettivi per le disuguaglianze sono sempre basati su una informazione corretta (Counselling), tradotta in più lingue, fruibile dalle scuole e migliorare l'adesione delle donne agli interventi di assistenza alla natalità.

Il trasporto in auto del/la bambino/a in sicurezza aiuta a ridurre sensibilmente il rischio di traumi e morte dovuti a incidente stradale

Il 14,2% delle mamme con bambini/e di 2 5 mesi e il 30% di quelle con bambini/e di 11 15 mesi hanno riferito difficoltà nel far stare il/la bambino/a seduto/a e allacciato/a al seggiolino

Difficoltà nell'uso del seggiolino per caratteristiche socio-economiche

Complessivamente, hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino il 23,6% del totale delle mamme.



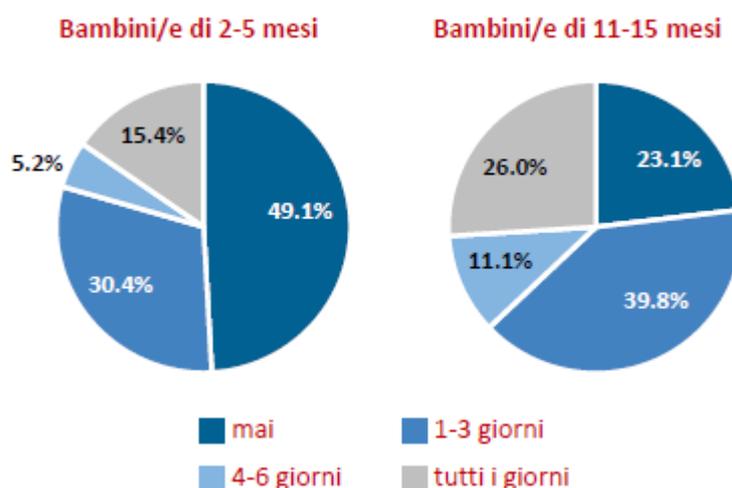
Dall'analisi multivariata emerge che le difficoltà riferite nell'usare il seggiolino in auto sono significativamente più frequenti tra le mamme primipare, le laureate e quelle con difficoltà economiche.

Questi elementi di disuguaglianza esprimono una scarsa percezione del rischio di incidente stradale e la stessa cosa vale per gli incidenti domestici. Nel catalogo delle scuole che promuovono salute esiste un progetto che si chiama MOSTRISCHIO che prevede una formazione e un percorso successivo per insegnanti, bambini e genitori sul rischio di incidenti.

Leggere regolarmente al/la bambino/a ha effetti benefici sul suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. La lettura condivisa in età precoce contribuisce a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socio culturale.

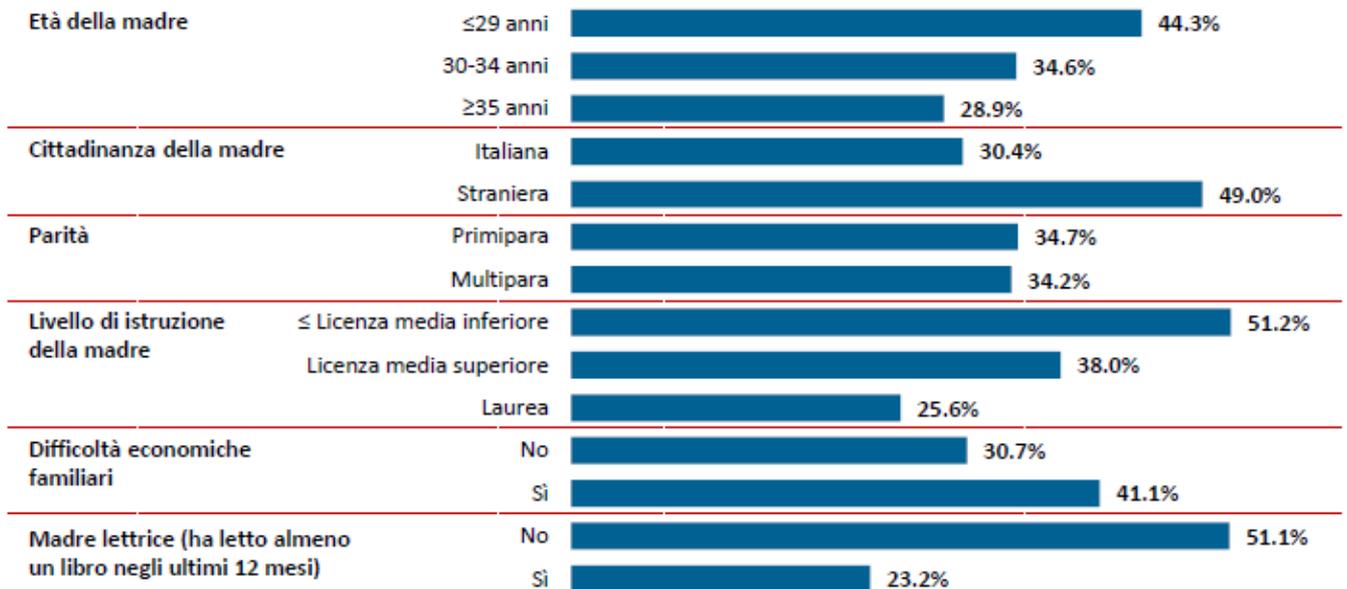
Frequenza settimanale della lettura

Nella settimana precedente l'intervista, a quasi la metà dei/delle bambini/e nella fascia d'età 2-5 mesi e a oltre 2 su 10 in quella 11-15 mesi non erano stati letti libri



Bambini/e cui non sono stati letti libri per caratteristiche socio-economiche

Complessivamente non è stato letto alcun libro al 34,6% del totale dei/delle bambini/e.



Dall'analisi multivariata emerge che la mancata lettura al/la bambino/a è significativamente più frequente tra le mamme più giovani (29 anni), le straniere, le non laureate, quelle con difficoltà economiche e quelle che hanno riferito di non aver letto libri nell'ultimo anno.

Azioni in atto per attenuare queste disuguaglianze:

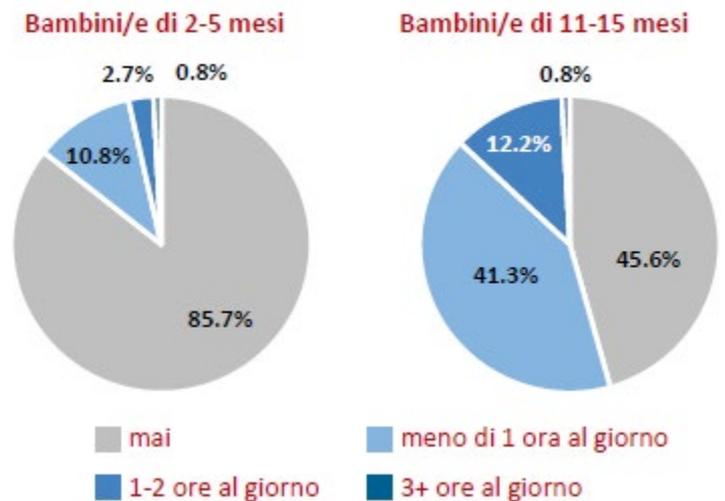
- **Corso di formazione Nati per leggere e nati per la Musica** per Medici di Base, Pediatri di libera scelta, Operatori medici e non dei consultori familiari
- Fare in modo che le donne straniere vengano a contatto con l'informazione **traducendo in varie lingue** le raccomandazioni, con l'utilizzo anche degli opuscoli ministeriali.
- **Corso del Centro Regionale per la salute globale e del Laboratorio di equità "Dai dati all'azione"** – prima giornata con la presentazione dei dati da parte delle Operatrici dell'ISS che gestiscono il Sistema di sorveglianza e con la Dr.ssa Angela Giusti che si occupa della parte di promozione della salute nei primi 1000 giorni
- **Corso** sul counselling breve per gli stessi operatori da rivolgere poi alle future mamme
- **Corsi di Assistenza alla gravidanza** (oggetto anche questi di disuguaglianza, li frequentano di meno le donne con bassa istruzione, con problemi economici e straniere) Quindi attività di empowerment e conoscenza di questi corsi:
 - **Catalogo scuole** che promuovono salute (PP01) del PRP progetto:

- **Viva l'Amore**, progetto validato a livello internazionale sulla sessualità e corretta gestione dei primi 1000 giorni
 - **Il Consultorio incontra le scuole**: Le scuole si recano presso i consultori in modo che tutti sappiano dove si trova, quali servizi offre e soprattutto svolgendo attività di Peer education e informazione (possibilità per tutti di andare comprese i ragazzi stranieri o con disagi socio economici).
- **Attivazione delle attività di lettura** presso luoghi di ritrovo per bambini e genitori (urban Health e servizi culturali regionali e comunali) e presso gli asili nido e le scuole materne

L'uso eccessivo e/o scorretto delle tecnologie audiovisive e digitali da parte del/la bambino/a è associato a maggiori rischi per la sua salute psicofisica I pediatri raccomandano di utilizzarli sempre in presenza di un adulto e di evitarne l'uso sotto i 2 anni di età.

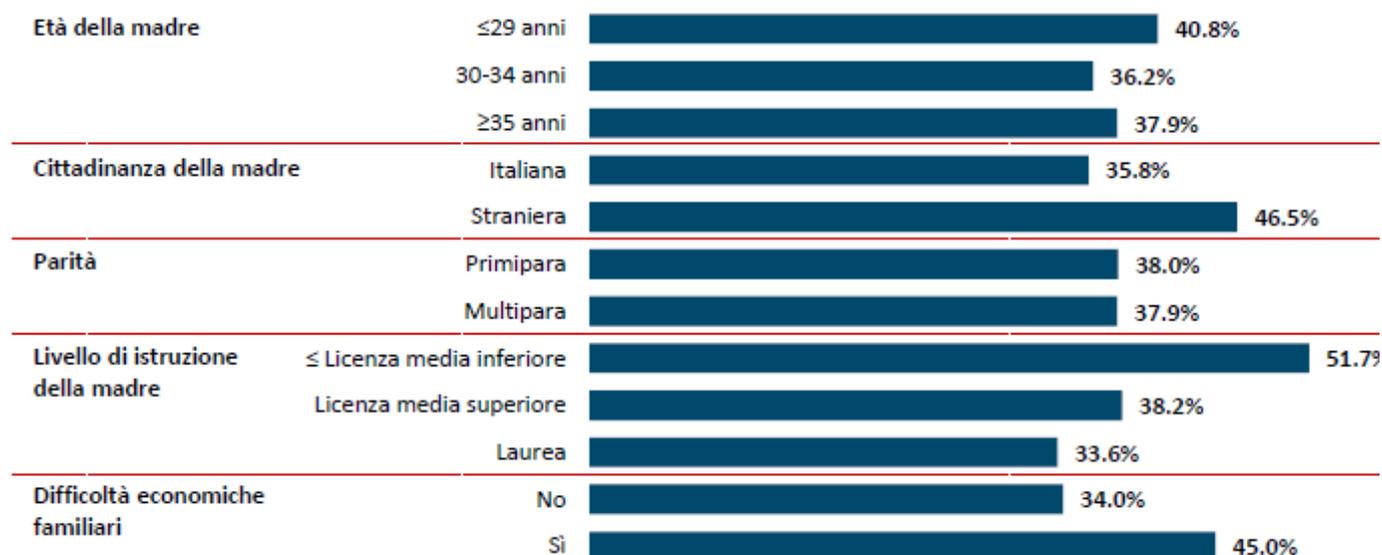
Più di 1 bambino/a su 10 nella fascia d'età 2-5 mesi e oltre 5 nella fascia 11-15 mesi passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari contrariamente a quanto raccomandato dai pediatri.

Frequenza giornaliera di esposizione a schermi



Bambini/e esposti a schermi per caratteristiche socio-economiche

Complessivamente risultano esposti/e a schermi il 37,8% dei/delle bambini/e partecipanti alla Sorveglianza.



Dall'analisi multivariata emerge che l'esposizione dei/delle bambini/e a schermi è significativamente più diffusa tra le mamme con cittadinanza straniera, le meno istruite (licenza media inferiore) e quelle che hanno riferito difficoltà economiche.

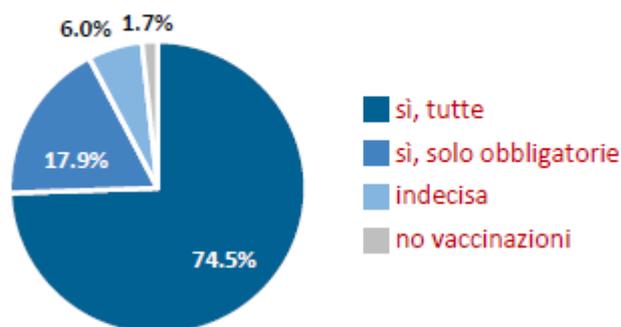
Come si vede bene le **disuguaglianze sociali** (tutte) influiscono sulla non percezione del rischio dei bambini rispetto all'esposizione a schermi ecc. Le azioni per contrastarle sono le stesse di cui sopra.

Le vaccinazioni

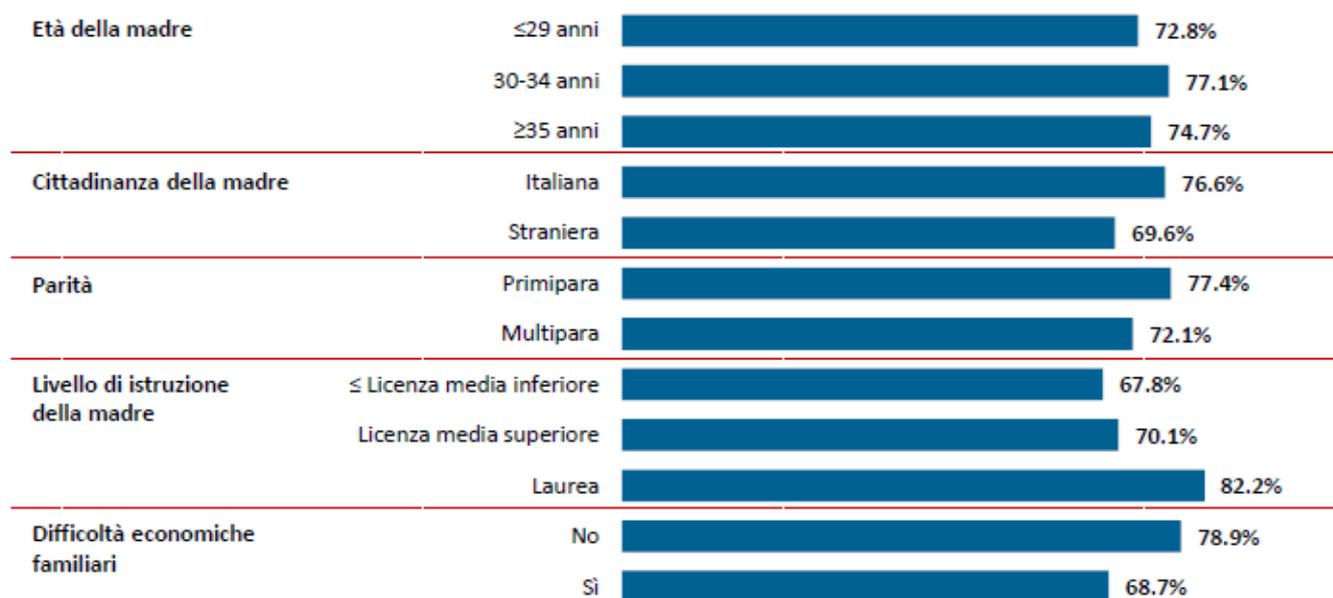
Proteggono il/la bambino/a da alcune malattie infettive che possono avere conseguenze pericolose per la sua salute. La Sorveglianza rileva le intenzioni delle mamme riguardo ai futuri appuntamenti vaccinali del/la loro bambino/a.

Oltre 7 mamme su 10 hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni previste per il/la loro bambino/a, poco meno di 2 su 10 solo quelle obbligatorie e meno di 1 su 10 ha riferito di essere indecisa

Intenzioni delle mamme riguardo alle future vaccinazioni



Intenzione di effettuare tutte le vaccinazioni per caratteristiche socio-economiche



Dall'analisi multivariata emerge che l'intenzione di effettuare tutte le vaccinazioni previste è significativamente meno frequente tra le mamme non laureate e quelle con difficoltà economiche.

Come si vede bene le **disuguaglianze sociali** influiscono ancora sulla non percezione del rischio dei bambini rispetto all'esposizione a malattie infettive e anche all'enorme beneficio di una diffusione e copertura ampia delle vaccinazioni pediatriche come fattore diretto e indiretto della salute dei bambini. Le polemiche sulle vaccinazioni per il COVID 19 hanno anche se di poco peggiorato la situazione. Anche qui le frazioni attribuibili alle disuguaglianze socio economiche sono molto marcate per cui la necessità di programmi di informazione e cultura capillari con le azioni espresse anche sopra sono essenziali.

Sintesi essenziale

Fattori di rischio: Sono i fattori che riducono le capacità dei genitori di promuovere e supportare lo sviluppo dei bambini

- Povertà
- Insicurezza
- Maltrattamento
- Esposizione a inquinanti ambientali
- Disuguaglianze di genere
- Stato di salute mentale precario
- Basso livello di istruzione
- Tutte le condizioni di rischio biologico

Fattori di Protezione

La Nurturing Care è quell'insieme di condizioni che assicurano alle bambine e ai bambini Salute, Nutrizione, Sicurezza, Genitorialità responsiva, Opportunità di apprendimento precoce.

La NCF si applica nella promozione della salute e nei suoi vari componenti si possono Individuare fattori di protezione da promuovere

- Buono stato di salute
- Alimentazione adeguata
- Genitorialità responsiva
- Protezione e sicurezza
- Opportunità di apprendimento precoce



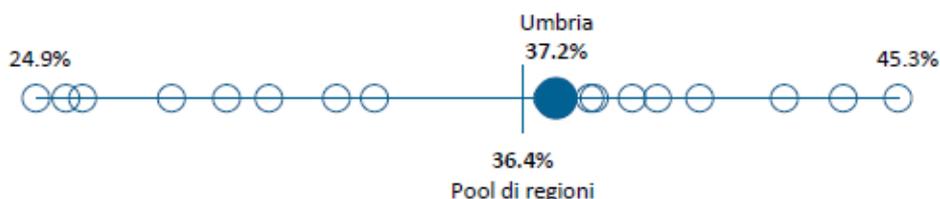
A questo punto **l'Health Equity Audit** come strumento fondamentale per la riduzione delle disuguaglianze in Umbria – Linea guida regionale.



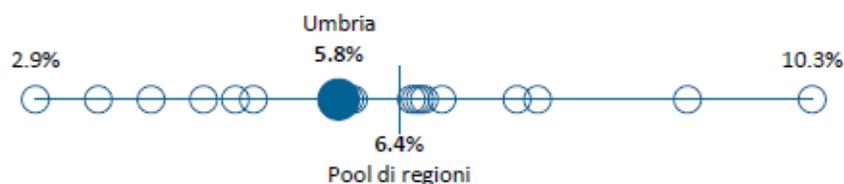
Come stiamo messi rispetto alle altre regioni

Meglio ma non è una consolazione, anche queste sono disuguaglianze.

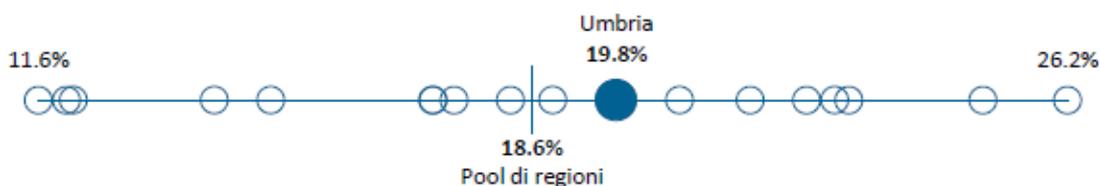
Assunzione appropriata di acido folico (gravidezze programmate o non escluse)



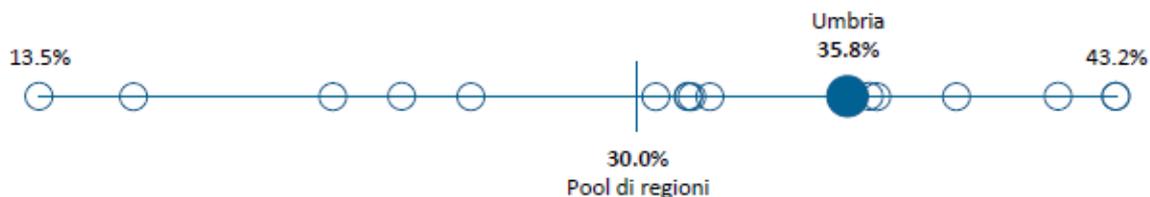
Consumo di tabacco in gravidanza



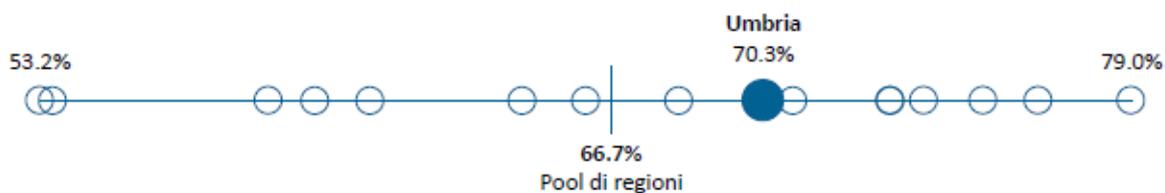
Consumo di alcol in gravidanza



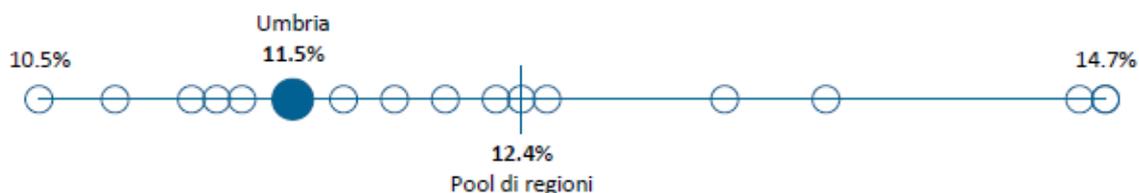
Allattamento esclusivo - bambini di 4-5 mesi



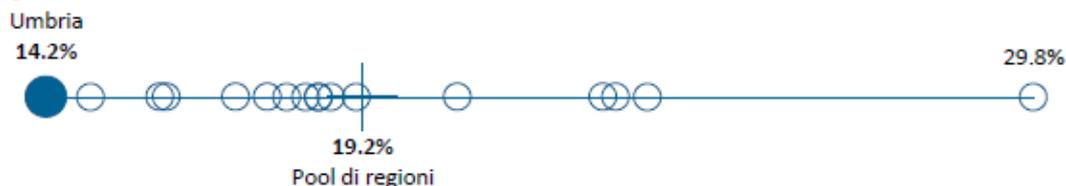
Posizione corretta in culla - bambini di 4-5 mesi



Ricorso a personale sanitario per incidente domestico



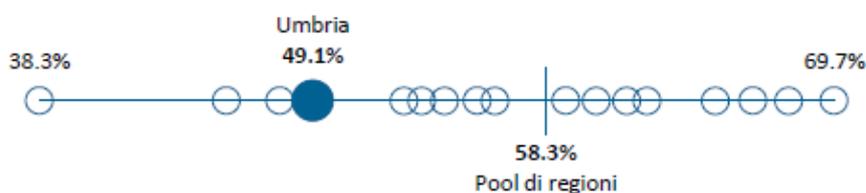
Difficoltà uso seggiolino - bambini di 2-5 mesi



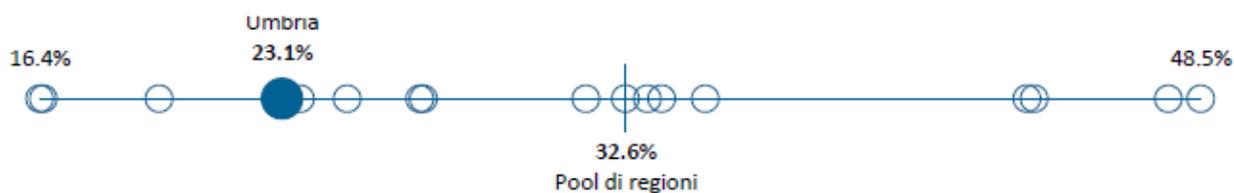
Difficoltà uso seggiolino - bambini di 11-15 mesi



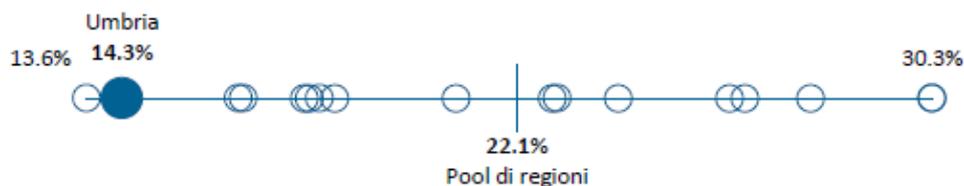
Bambini di 2-5 mesi a cui non sono stati letti libri



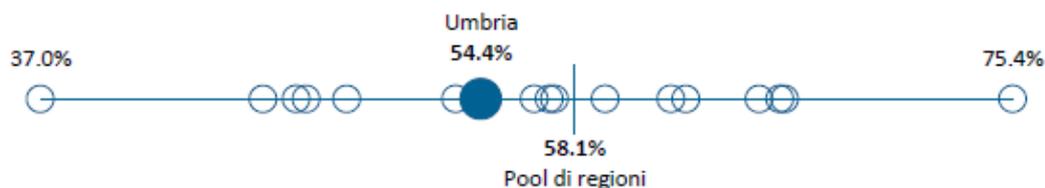
Bambini di 11-15 mesi a cui non sono stati letti libri



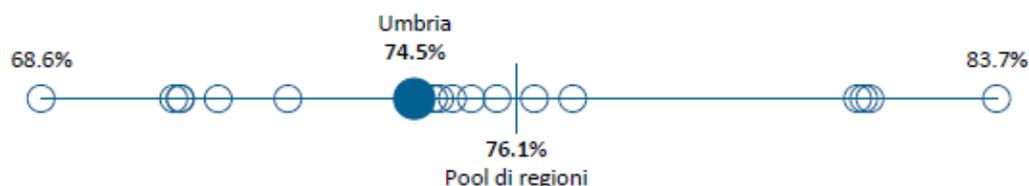
Bambini di 2-5 mesi esposti a schermi



Bambini di 11-15 mesi esposti a schermi



Intenzione di fare tutte le vaccinazioni future



Azioni di contrasto alle disuguaglianze:

Il catalogo delle scuole che promuovono salute Regione Umbria:

Alcuni progetti in corso per l'anno 2024 - 2025

I progetti che seguono sono destinati alle scuole secondarie di secondo grado e sono essenziali per:

- Educazione socio affettiva e consapevolezza dell'importanza di avere un bambino
- Di ridurre le diversità sociali
- Di ridurre le diversità culturali e linguistiche
- Di informare sull'esistenza dei consultori, su cosa fanno e cosa sono i corsi di assistenza al parto e gli screening
- Di informare sui fattori di rischio legati ai primi 1000 giorni anche rispetto all'assunzione di sostanze legali ed illegali
- Di intercettare quindi la povertà educativa e migliorare la literacy



YAPS – Young And Peer School (BP)

Tema di salute: Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza

Destinatari

Insegnanti e studenti della Scuola Secondaria di secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Reti distrettuali
Promozione della salute

Obiettivi

Promozione del benessere psicofisico;
Potenziamento delle life skills;
Prevenzione dei comportamenti a rischio.

Il Consultorio incontra le Scuole (BP)

Tema di salute: Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza

Destinatari

Scuole secondarie di primo e secondo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Consultorio

Obiettivi

- Potenziare la rete tra scuola e Consultori come fattore protettivo, per un più facile accesso degli adolescenti ai servizi sanitari
- Promuovere la conoscenza dei Consultori come spazi dedicati alla prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio e come risorsa per bisogni di consultazione e di
- intervento di cui disporre al momento opportuno, in un'ottica di empowerment

W L'AMORE

Tema di salute: Promozione del benessere psicofisico e prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza

Destinatari

Classi terze di scuola secondaria di primo grado

Servizio Responsabile del Progetto: Consultori/Reti distrettuali Promozione della salute

Obiettivi

- Migliorare le conoscenze nei preadolescenti su temi inerenti la salute sessuale attraverso corrette informazioni
- Sviluppare le competenze socio-emotive (Life skills) necessarie per affrontare i compiti evolutivi legati all'affettività e la sessualità
- Promuovere attitudini positive e competenze nell'ambito delle relazioni, dell'affettività e della sessualità consapevole e sicura
- Potenziare la rete tra scuola e Consultori come fattore protettivo, per un più facile accesso degli adolescenti ai servizi sanitari

Dipendo da me (BP)

Tema di salute: Prevenzione dipendenze patologiche/Life skills

Destinatari

Scuole Secondarie di primo grado che abbiano già partecipato alle attività del programma Unplugged; Scuole secondarie di secondo grado che abbiano partecipato alle attività del programma YAPS.

Servizio Responsabile del Progetto: Reti distrettuali
Promozione della salute

Obiettivi generali

Promozione del benessere psicofisico

Potenziamento delle life skills

Prevenzione di comportamenti a rischio, quali l'uso/abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali, dipendenze comportamentali, nuove dipendenze

Obiettivo specifico: Elaborazione, da parte delle scuole aderenti, di materiali da condividere nell'ambito della giornata regionale di prevenzione delle dipendenze.

Poi ci sono progetti sul PPDTA legato al disagio giovanile prevenzione ed intercettazione precoce
Che si sviluppano ancora a livello di consultori, unità di strada e servizi dedicati