

La posizione nel sonno: confronto 2002-2005 nella Regione Emilia-Romagna

Luca Ronfani*, Simona Di Mario**, Chiara Cuoghi***

*Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Burlo Garofolo e Centro per la Salute del Bambino (CSB)/ONLUS, Trieste

**CeVEAS, Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria, AUSL di Modena e APeC (Associazione Pediatria di Comunità)

***Pediatria di Comunità, AUSL di Ferrara e APeC (Associazione Pediatria di Comunità)

Abstract

Sleeping position: a comparison between 2002/2005 in Emilia-Romagna region

Objective During the three-yearly survey on breastfeeding prevalence in Emilia-Romagna region, data were collected to investigate the sleeping position of infants living in the region.

Methods This is a prevalence study. A questionnaire on feeding practices and sleeping position was administered to the mothers of the infants visiting the vaccination centres of Emilia-Romagna region for the first and second round of immunisation sessions (at three and five months of age).

Results In total 6290 and 6037 questionnaires were collected respectively in the year 2002 and 2005. In the year 2002 half of the babies were placed in supine position during hospital stay after delivery (52.5%) and at home (52.6%), with significant differences between administrative areas (AUSL). A substantial improvement occurred in the year 2005 in all the different administrative areas (regional rate of supine position-average-: 72.7% in hospital, 64% at home); differences between administrative areas persist. As results from the multivariate analysis, relevant protective factors for being placed in supine position at home are: being placed in supine position in hospital, having received specific information on sleeping position, having participated to antenatal classes, living in specific administrative areas. In 2005 being born from a non Italian mother results to be a protective factor. In both the surveys non Italian mothers receive less information and participate to antenatal classes less frequently than Italian mothers.

Conclusions Even though no structured interventions for SIDS prevention have been implemented in Emilia-Romagna region before the survey conducted in the 2005, the simple collection of the data regarding the sleeping position conducted in 2002 can have increased the awareness of health professionals on the importance of the supine position as a mean to prevent SIDS. The practice on sleeping position adopted in hospitals results to be the main determinant of the practices adopted subsequently at home. Some critical aspects persist: the variation between administrative areas; the barriers to reaching immigrants people.

Quaderni acp 2008; 15(3): 99-105

Key words Sleeping position. SIDS. Emilia-Romagna region. Survey

Obiettivo In occasione della rilevazione triennale della prevalenza dell'allattamento al seno a tre e cinque mesi di vita, promossa dalla Regione Emilia-Romagna, si è voluto verificare in che posizione venivano messi a dormire i lattanti.

Metodo Studio di prevalenza mediante un questionario, sottoposto alle mamme dei bambini che si presentano per la prima e seconda vaccinazione di legge nei servizi di vaccinazione della Regione Emilia-Romagna, volto a indagare il tipo di alimentazione e la posizione nel sonno del bambino.

Risultati Sono stati analizzati 6290 e 6037 questionari rispettivamente nel 2002 e nel 2005. Nel 2002 poco più della metà dei bambini veniva posta a dormire a pancia in su in ospedale (52,5%) e a casa (52,6%), con importanti differenze tra le varie AUSL. Nella rilevazione del 2005 la situazione è nettamente migliorata in tutte le AUSL e quindi come media regionale (posizione supina in ospedale: 72,7%; a casa: 64%); si confermano differenze interaziendali. Come risulta dall'analisi multivariata, i fattori che aumentano la possibilità di essere messi in posizione supina a casa sono: essere messi in posizione supina in ospedale, aver ricevuto informazioni, aver partecipato al corso preparto, e azienda di appartenenza. Nel 2005 essere figlio di donna straniera risulta essere un fattore favorente la posizione supina a casa. Le donne straniere ricevono comunque meno informazioni rispetto alla posizione supina e partecipano meno ai corsi preparto rispetto alle donne italiane.

Conclusioni Nonostante in Emilia-Romagna non sia stata realizzata prima della rilevazione del 2005 una campagna strutturata di promozione della posizione supina, la semplice rilevazione e diffusione dei dati raccolti nel 2002 possono aver aumentato l'informazione tra gli operatori sanitari e la loro consapevolezza sull'importanza della posizione supina come fattore protettivo nei confronti della SIDS. Le pratiche adottate in ospedale risultano fondamentali, dal momento che vengono in larga misura replicate a casa dalle famiglie. Persistono alcuni punti critici: la disomogeneità interaziendale; la difficoltà nel raggiungere una parte della popolazione straniera.

Parole chiave Posizione nel sonno. SIDS. Regione Emilia-Romagna. Survey

Per corrispondenza:
Chiara Cuoghi
e-mail: c.cuoghi@ausl.fe.it

Introduzione

La SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) rappresenta nel nostro Paese la prima causa di morte sotto l'anno di vita se si esclude il periodo perinatale [1]. La posizione in cui il lattante viene messo a dormire dai genitori rappresenta il principale fattore di rischio di SIDS su cui è possibile agire [1]. I dati della letteratura dimostrano che il rischio di SIDS è maggiore nei lattanti che vengono posti a dormire in posizione prona rispetto a quelli messi in posizione supina (rischio aumentato da 1,7 a 12,9 volte) [2-3]. Anche la posizione di fianco è un fattore di rischio (rischio aumentato di circa 2 volte) [4]. I Paesi che hanno messo in atto campagne per la promozione della posizione supina (campagne "*Back to sleep*") hanno registrato una drastica riduzione dell'incidenza di SIDS, diminuita dal 90 al 30% a seconda del Paese e della efficacia della campagna [5]. A partire dal 2001 in Italia sono state realizzate campagne informative sulla SIDS che hanno interessato Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Basilicata. Nell'ambito di queste campagne sono stati raccolti dati epidemiologici sulla posizione in cui i lattanti piccoli vengono messi a dormire dai genitori, da cui emerge che circa la metà dorme a pancia in su prima dell'avvio di interventi specifici [6]. Per la rilevanza riguardo alla salute pubblica di un intervento mirato ad aumentare il numero di lattanti messi a dormire in posizione supina, si è ritenuto utile attuare anche in Emilia-Romagna un'indagine epidemiologica al fine di coordinare azioni preventive. In occasione della rilevazione sulla prevalenza dell'allattamento al seno, realizzata in Emilia-Romagna ogni tre anni e i cui risultati sono stati presentati su questa rivista, sono state poste alcune domande ai genitori sulla posizione nel sonno in ospedale, in occasione della nascita e a casa nelle 24 ore precedenti l'intervista [7-8] (*Box 1*).

Materiali e metodi

Si tratta di una survey, coordinata dal gruppo ACP-APeC (Associazione Pediatria di Comunità) e supportata dalla Regione Emilia-Romagna, realizzata presso i Servizi di Vaccinazione delle Aziende USL della Regione nel periodo novembre-dicembre 2002 e ottobre-novembre

BOX 1: SEZIONE DEL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA POSIZIONE NEL SONNO DEL BAMBINO

Quando era in ospedale si ricorda in quale posizione dormiva il bambino/a?

A pancia in giù Di lato Varie
A pancia in su Non so

In quale posizione ha messo a dormire ieri sera il bambino/a?

A pancia in giù Di lato
A pancia in su Varie

Qualcuno le ha dato informazioni sulla posizione in cui mettere a dormire il bambino/a? (è possibile indicare più di una risposta)

Niente/nessuno Programma TV/radio
Parenti Riviste/quotidiani
Altre mamme Libri
Ospedale Internet
Pediatra di famiglia Materiale informativo per genitori
Altro personale sanitario Altro

2005. Al momento della prima e seconda vaccinazione obbligatoria (terzo e quinto mese di vita), gli operatori hanno intervistato la madre, o il familiare che accompagnava il bambino, utilizzando un questionario che rilevava: le abitudini alimentari del lattante, la cittadinanza della madre, la frequenza di un corso di preparazione alla nascita, l'AUSL di appartenenza, alcune informazioni sulla posizione nel sonno del lattante (nel punto nascita e a casa), le fonti di informazione dei genitori su questo aspetto. Per ulteriori dettagli sulla metodologia si rimanda alle precedenti pubblicazioni su *Quaderni acp* [7-8].

I questionari compilati sono stati inseriti in un apposito database elettronico, realizzato con il programma EPI INFO (versione 6.04b). Gli obiettivi principali dell'analisi erano identificare le variabili indipendenti associate all'esito "posizione supina a casa nelle 24 ore precedenti l'intervista" e valutare eventuali cambiamenti nella prevalenza dell'esito nelle due rilevazioni successive: la posizione supina in ospedale è stata considerata come l'esposizione principale. Secondariamente si voleva studiare l'eventuale differenza nella frequenza delle variabili analizzate, fra le due sottopopolazioni di madri straniere e madri italiane.

È stata condotta un'analisi univariata e bivariata per identificare le variabili associate alla posizione supina in casa e per valutare le variabili identificate come potenziali confondenti e/o fattori di inte-

razione dell'associazione principale (posizione supina in ospedale e posizione supina in casa). L'associazione fra variabili ed esito, sia globalmente che nei due sottogruppi madri italiane e straniere e nelle due survey successive, è stata misurata con odds ratio e differenze assolute dei rischi, come opportuno, e testata con il test di Mantel Hanzel, considerando significativa una p di valore inferiore a 0,05. L'analisi multivariata è stata condotta con regressione logistica usando il *likelihood ratio test*. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando i programmi EPI INFO (versione 6.04b) per l'analisi descrittiva e univariata e STATA (versione 9) per l'analisi bivariata e multivariata.

Risultati

Popolazione: caratteristiche generali

Sono stati raccolti in totale 7839 questionari nel 2002 e altrettanti nel 2005. Ne sono stati analizzati rispettivamente 6290 e 6037 relativi alla popolazione di bambini di età compresa fra 61 e 150 giorni di vita (fascia di età prevista nel protocollo della rilevazione triennale regionale). Per le caratteristiche principali della popolazione reclutata e analizzata si rimanda alle precedenti pubblicazioni di *Quaderni acp* [7-8]. Fra i dati principali si segnala che nelle due rilevazioni (2002-2005) la percentuale di donne intervistate che riferisce di aver partecipato a un corso di preparazione alla nascita è rispettivamente di 37% e

TABELLA 1: ASSOCIAZIONE FRA NAZIONALITÀ DELLA MADRE E ALCUNE VARIABILI CONSIDERATE

	2002				2005			
	Italiane n (%)	Straniere n (%)	OR (IC 95%)	p	Italiane n (%)	Straniere n (%)	OR (IC 95%)	p
Corso preparato*								
sì	2206 (40,1)	107 (13,6)	4.2		2012 (40,6)	141 (13,0)	4.5	
no	3277 (59,5)	666 (84,8)	(3,4-5,2)	<0,001	2909 (58,7)	928 (85,5)	(3,8-5,5)	<0,001
Informazioni**								
sì	4644 (84,4)	439 (55,9)	4.2		4437 (89,6)	701 (64,6)	4.7	
no	850 (15,4)	342 (43,6)	(3,6-5,0)	<0,001	515 (10,4)	384 (35,4)	(4,0-5,5)	<0,001
Totale	5505	785			4952	1085		

*dati mancanti nel 2002 = 34, nel 2005 = 47; **dati mancanti nel 2002 = 15, nel 2005 = 0.

35,9% con una riduzione nel tempo non significativa: -1% (da -2,7% a +0,7%, $p=0,2369$). La frequenza dei parti a domicilio è stabile, pari a 0,1%. La percentuale di donne che ricevono informazioni sulla posizione nel sonno è di 80,8% nel 2002 e 85,1% nel 2005 con un incremento assoluto significativo nella seconda rilevazione: +4,1% (da 2,8% a 5,4%; $p<0,001$). Le fonti maggiormente citate da cui provengono le informazioni sul sonno sono il personale ospedaliero (circa il 70% delle intervistate nelle due rilevazioni), il pediatra di famiglia (oltre il 30%) e altri professionisti (oltre il 20%). Queste figure vengono citate di gran lunga più frequentemente di ogni altra fonte di informazione (per esempio riviste 5%, internet meno di 1%). La percentuale delle donne straniere è aumentata da 12,5% a 18% con un incremento assoluto pari a +5,5% (da 4,2% a 6,8%; $p<0,001$). I gruppi più rappresentati sono quello dell'Europa dell'Est, pari a 35,1% del totale delle straniere nella rilevazione del 2005 (in prevalenza Albania e Romania), e quello dell'Africa, pari a 32,8% delle straniere nel 2005 (in prevalenza Marocco e altri Paesi del Maghreb). Rispetto alle donne italiane, le donne straniere risultano ricevere meno informazioni rispetto alla posizione nel sonno del lattante e partecipano meno ai corsi di preparazione al parto (tabella 1), con differenze legate alla macroarea di provenienza.

Posizione nel sonno

Nel 2002 i neonati messi in posizione supina in ospedale (figura 1) sono pari a

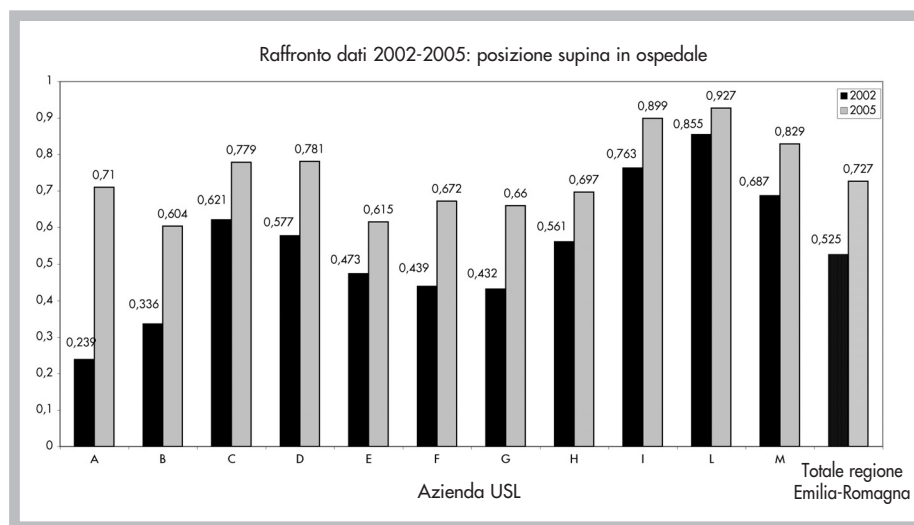
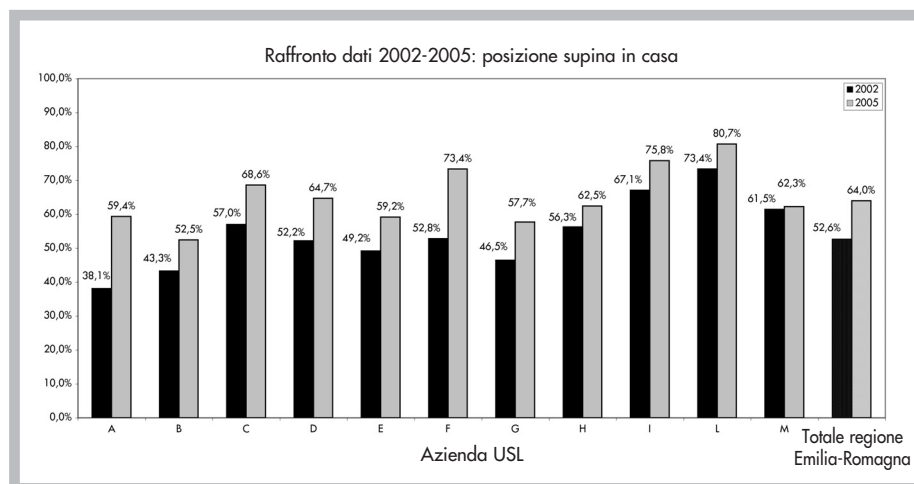
FIGURA 1: CONFRONTO FRA I DATI 2002 E 2005 SULLA POSIZIONE SUPINA IN OSPEDALE; FREQUENZA RIPORTATA PER LE SINGOLE AZIENDE E COME DATO REGIONALE**FIGURA 2: CONFRONTO FRA I DATI 2002 E 2005 SULLA POSIZIONE SUPINA IN CASA; FREQUENZA RIPORTATA PER LE SINGOLE AZIENDE E COME DATO REGIONALE**

TABELLA 2: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE VARIABILI E L'ESITO DI ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI UNIVARIATA DEI DATI 2002-2005

	2002				2005			
	Totale n=6290	Supini a casa n=3307			Totale n=6037	Supini a casa n=3871		
	n	n (%)	OR (IC 95%)	p	n	n (%)	OR (IC 95%)	p
Supini in ospedale								
sì	3305	2305 (69,7)	4,6 (4,1-5,1)	<0,001	4390	3260 (74,3)	5,0 (4,4-5,7)	<0,001
no	2985	1002 (33,6)			1647	601 (36,5)		
Nazionalità madre								
italiana	5505	2932 (53,3)	1,2 (1,1-1,4)	0,004	4952	3146 (63,5)	0,9 (0,8-1,0)	0,141
straniera	785	375 (47,8)			1085	715 (65,9)		
Avere ricevuto informazioni								
sì	5083	2822 (55,5)	1,8 (1,6-2,1)	<0,001	5138	3421 (66,6)	2,1 (1,8-2,4)	<0,001
no	1192	480 (40,3)			899	440 (48,9)		
dato mancante	15	-						
Partecipazione al corso preparato								
sì	2313	1408 (60,9)	1,7 (1,5-1,9)	<0,001	2153	1476 (68,6)	1,4 (1,2-1,5)	<0,001
no	3943	1878 (47,6)			3837	2357 (61,4)		
dato mancante	34	-			47	-		
AUSL di appartenenza								
A	498	190 (38,1)	1 riferimento		441	262 (59,4)	1 riferimento	
B	554	240 (43,3)	1,2 (1,0-1,6)		434	228 (52,5)	0,7 (0,6-1,0)	
C	488	278 (57,0)	2,1 (1,7-2,8)		656	450 (68,6)	1,5 (1,2-1,9)	
D	1071	559 (52,2)	1,8 (1,4-2,2)		836	541 (64,7)	1,2 (1,0-1,6)	
E	1265	623 (49,2)	1,6 (1,3-1,9)		1186	702 (59,2)	1,0 (0,8-1,2)	
F	212	112 (52,8)	1,8 (1,3-2,5)	<0,001	293	215 (73,4)	1,9 (1,4-2,6)	<0,001
G	516	240 (46,5)	1,4 (1,1-1,8)		527	304 (57,7)	0,9 (0,7-1,2)	
H	636	358 (56,3)	2,1 (1,6-2,6)		501	313 (62,5)	1,1 (0,9-1,5)	
I	304	204 (67,1)	3,3 (2,4-4,5)		397	301 (75,8)	2,1 (1,6-2,9)	
L	372	273 (73,4)	4,5 (3,3-6,0)		368	297 (80,7)	2,8 (2,1-3,9)	
M	374	230 (61,5)	2,6 (2,0-3,4)		398	248 (62,3)	1,1 (0,8-1,5)	

52,5%; il dato varia nelle diverse aziende della Regione da un minimo di 23,9% a un massimo di 85,5%. Nel 2005 la frequenza media regionale sale a 72,7%; si mantiene una discreta variabilità interaziendale (range 60,4%-92,7%). L'incremento registrato è significativo: +20,2% (da 18,5% a 21,8; $p < 0,001$). La frequenza di lattanti messi supini a casa (figura 2) nel 2002 è mediamente 52,6% con una variabilità fra aziende da 38,1% a 73,4%; nel 2005 il dato sale a 64,0% di media con una differenza fra aziende da 52,5% a 80,7%. L'aumento registrato è significativo anche in questo caso: + 11,4% (da 9,7% a 13,1%; $p < 0,001$).

TABELLA 3: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE CARATTERISTICHE E L'ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI MULTIVARIATA DEI DATI DEL 2002

	2002	
	Supino a casa OR aggiustata (IC 95%)	p
Ha partecipato al corso preparato		
Supino in ospedale	3,4 (2,9-4,1)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,4 (1,1-2,0)	0,0152
Non ha partecipato al corso preparato		
Supino in ospedale	4,5 (3,9-5,2)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,4 (1,2-1,7)	<0,001

A causa dell'interazione fra partecipazione ai corsi preparato e l'esito sono stati realizzati due modelli in base alla partecipazione o meno al corso preparato (i due modelli finali includono anche la variabile azienda AUSL di appartenenza).

Nelle *figure 1 e 2* sono riportati anche i confronti 2002-2005 per ogni AUSL sulla frequenza della posizione supina nelle 24 ore precedenti la vaccinazione. Si può notare che le aziende in cui più elevata è la frequenza di posizione supina in ospedale sono quelle con frequenza più elevata di posizione supina a casa, viceversa per le aziende con frequenze più basse. Questa corrispondenza è presente in entrambe le rilevazioni. La frequenza di posizione supina in casa non si riduce nei bambini più grandi (lattanti di cinque mesi rispetto a quelli di tre mesi di età al momento dell'intervista): 52,1% dei bambini di tre mesi e 53,9% di quelli di cinque mesi (OR 1,08; IC 95%: 0,97-1,2; p=0,1712) e 62,9% dei bambini di tre mesi e 66,6% di quelli di cinque mesi (OR 1,17; IC 95%: 1,05-1,32; p=0,0069) nella rilevazione rispettivamente del 2002 e del 2005 vengono messi a dormire supini a casa.

Le analisi univariata (*tabella 2*) e multivariata (*tabella 3, tabella 4*) mostrano che la probabilità di essere messi a dormire supini a casa è influenzata soprattutto dalla posizione supina in ospedale. Altri fattori che contribuiscono ad aumentare la possibilità di essere messi supini a casa sono le informazioni sulla posizione nel sonno, la partecipazione a un corso di preparazione al parto (che, nella rilevazione del 2002, è risultato un fattore di interazione dell'associazione principale), la residenza in una AUSL in cui la frequenza di posizione supina in ospedale è elevata e la nazionalità straniera della madre. Questo ultimo fattore verrà analizzato nel prossimo paragrafo.

Posizione nel sonno e nazionalità

Mentre non si evidenzia alcuna differenza nella probabilità di mettere il neonato supino in ospedale nel sottogruppo di figli di madri italiane e di quelle straniere in alcuna delle due rilevazioni (52,6% delle italiane e 50% delle straniere nel 2002; 73,2% delle italiane e 71% delle straniere nel 2005), per quanto riguarda la posizione in culla del lattante a casa si notano delle differenze. Nel 2002 i lattanti di madri italiane hanno maggiori possibilità di essere messi supini: 53,3% degli italiani, 47,8% degli stranieri. La differenza, anche se in termini assoluti non drammatica, è statisticamente signifi-

TABELLA 4: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE CARATTERISTICHE E L'ESITO ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI MULTIVARIATA DEI DATI DEL 2005

	2005	
	Supino a casa OR aggiustata (IC 95%)	p
Supino in ospedale	4,6 (4,1-5,3)	<0,001
Nazionalità straniera	1,5 (1,3-1,7)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,7 (1,5-2,1)	<0,001
Aver partecipato al corso parto	1,3 (1,1-1,4)	<0,001

Il modello finale include anche la variabile Azienda USL di appartenenza.

BOX 2: POSIZIONE NEL SONNO IN 4 REGIONI ITALIANE (DATI DEL PROGETTO 6+1)

I dati si riferiscono al 6+1, progetto finalizzato dal Ministero della Salute, condotto in 4 aree italiane (Regione Basilicata, Regione Friuli Venezia Giulia, 3 Aziende del Piemonte, 1 Azienda del Veneto). Il 6+1, ideato e promosso dal Centro per la Salute del Bambino, si è posto l'obiettivo di sviluppare una campagna di informazione ed educazione sanitaria rivolta a giovani coppie o neogenitori su alcuni interventi rilevanti per la salute del bambino nel primo periodo di vita.

Attualmente è stato ripreso dal Ministero della Salute come "Genitori più".

Prevedeva una fase di valutazione della campagna attraverso un questionario somministrato a campioni di genitori prima (2001) e dopo (2002) l'intervento al momento della prima vaccinazione. Complessivamente sono stati raccolti 2576 questionari prima dell'intervento e 1785 dopo. I dati riportati si riferiscono alle informazioni raccolte sulla posizione nel sonno del lattante in ospedale e a casa e sono scorpati per Regione.

In **ospedale** il 48% dei bambini reclutati veniva messo a dormire a pancia in su prima dell'intervento. Tale percentuale è salita al 64% dopo.

	Basilicata		FVG		Piemonte		Alto Vicentino	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Pancia in su	39%	57%	47%	63%	51%	60%	56%	75%
Di lato	52%	38%	43%	26%	44%	32%	37%	21%
Pancia in giù	4%	4%	1%	3%	3%	7%	3%	3%
Pos. variab./non so	5%	1%	9%	8%	1%	1%	4%	1%

Anche **a casa** c'è stato un aumento dei bambini posti a dormire in posizione supina dopo l'intervento (da 45% a 61%).

	Basilicata		FVG		Piemonte		Alto Vicentino	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Pancia in su	43%	61%	47%	63%	47%	57%	43%	58%
Di lato	41%	27%	27%	14%	29%	36%	35%	26%
Pancia in giù	6%	6%	7%	10%	12%	6%	16%	8%
Pos. variab./non so	10%	6%	19%	14%	12%	1%	7%	8%

ficativa: +5,5% (da 1,8% a 9,2%; p=0,004). Nel 2005 la situazione migliora e non si rilevano differenze statisticamente significative nei due sottogruppi: il 65,9% dei figli di madri straniere e il 63,5% dei figli di madri italiane vengono messi a dormire supini in casa (differen-

za assoluta +2,4%, da -0,8% a +5,5%; p=0,1411). Mentre nelle due rilevazioni i figli di donne provenienti da Centro e Sud America e Africa risultano essere messi in culla supini meno frequentemente dei lattanti di donne italiane (OR = 0,3; IC 95%: 0,2-0,5 e OR = 0,6; IC

95%: 0,4-0,7, rispettivamente nel 2002 e OR = 0,7 IC 95%: 0,4-1,1 e OR = 0,7; IC 95%: 0,6-0,9, rispettivamente nel 2005), quelli di donne dell'Europa, Est Europeo e Asia lo sono più frequentemente, in maniera significativa nel 2005 (OR = 2,1; IC 95%: 1,3-3,3; OR = 1,4; IC 95%: 1,1-1,8; OR = 1,4; IC 95%: 1,0-2,0 rispettivamente nelle tre macroaree nel 2005).

Discussione

I dati di prevalenza della posizione supina, sia presso il punto nascita (52,5%) che a casa (52,6%), relativi al 2002 sono simili a quelli raccolti nello stesso periodo nell'ambito del Progetto 6+1, ideato e promosso dal Centro per la Salute del Bambino relativi alla fase pre-intervento (in media 48% in ospedale e 45% a casa) (Box 2) [6]. In realtà, come riportato in tabella 2 ed evidenziato nei due grafici, i dati scorporati per AUSL mostrano una situazione molto disomogenea a livello ospedaliero (OR di 4,5 fra le ASL con più elevata e più bassa frequenza di posizione supina) che si riflette sul comportamento assunto successivamente a casa (OR di 2,8 fra le Aziende USL con più elevata e più bassa frequenza di posizione supina).

Nel 2005 il numero di lattanti messi a dormire a pancia in su è aumentato sensibilmente sia in ospedale (+20%) che a casa (+12%). Il fattore principale che influenza la possibilità di essere messi in posizione supina a casa è l'essere stati messi supini nel punto nascita (dato già rilevato nella ricerca 6+1 e in ricerche effettuate negli USA). Altri fattori protettivi sono aver frequentato corsi parto, aver ricevuto informazioni sulla posizione nel sonno, risiedere in una AUSL a elevato tasso di posizione supina in ospedale (tabella 4). Mentre non c'è alcuna differenza nel ricorso alla posizione supina in ospedale nei due sottogruppi di neonati figli di donne italiane e straniere, l'aumento nell'utilizzo della posizione supina a casa ha riguardato soprattutto le donne straniere. Nel 2002 l'essere straniera si associava a minor frequenza dei corsi parto e minor probabilità di ricevere informazioni riguardo alla posizione nel sonno. È interessante notare che, nonostante questo, nella rilevazione del 2002, una volta che la variabile "madre straniera" venga corretta per le altre variabili inserite nel modello mul-

tivariato (partecipazione al corso parto, ricevere informazioni, azienda USL di appartenenza e soprattutto posizione in cui veniva messo il bimbo in ospedale), non si associa più a una minore propensione a mettere il lattante supino in casa: l'essere figli di donne straniere non è più quindi un fattore di rischio di per sé (tabella 3). Nel 2005 l'essere figli di madre straniera risulta addirittura essere un fattore protettivo rispetto alla pratica di mettere il lattante supino a casa, anche quando l'associazione è corretta per tutte le altre variabili inserite nel modello multivariato (tabella 4) e anche se persiste in questo sottogruppo un minor accesso ai corsi parto e alle informazioni relative alla posizione nel sonno. Una possibile spiegazione è che nel 2005 è aumentata la proporzione di donne straniere provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Asia, macroaree geografiche che, come riferito, tendono a posizionare i figli in culla supini più spesso di quanto non facciano le donne italiane; inoltre è possibile pensare che, nel momento in cui la posizione supina in ospedale diventa pratica diffusa (quasi 73% nel 2005), visto il forte impatto che questa variabile ha sulla decisione di mettere il bimbo supino a casa, l'impatto negativo legato alla non frequenza dei corsi parto e alla mancanza di informazioni venga attenuato. Al contrario, nel momento in cui è più raro vedere il neonato supino in ospedale (come nella rilevazione del 2002), il partecipare o meno ai corsi parto diventa invece più importante, tanto da modificare l'effetto che la posizione supina in ospedale ha sulla posizione a casa (il corso parto nella rilevazione del 2002 è risultato infatti essere un fattore di interazione).

Complessivamente il risultato del 2005 in Emilia-Romagna è simile, in termini di aumento assoluto, a quello ottenuto dopo la campagna di informazione ed educazione sanitaria nelle Regioni del Progetto 6+1. In realtà, in Emilia-Romagna, al momento della seconda rilevazione non era ancora stato realizzato un intervento strutturato di promozione della posizione supina: era stata messa in atto una serie di azioni puntiformi di cui però è difficile valutare la penetrazione nel territorio. Certamente la diffusione dei dati raccolti nel 2002 in alcune occasioni a livello regionale (presentazione ai

referenti avvenuta in sede regionale nel giugno 2003, congresso APeC "4 passi nella prevenzione", che si è tenuto a Ferrara il 30 gennaio 2004) e la conseguente discussione possono aver migliorato tra gli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza della posizione supina come fattore protettivo nei confronti della SIDS. Di fatto si assiste a una modificazione del comportamento ospedaliero nei dati raccolti nel 2005, che si riflettono sul comportamento attuato dai genitori a casa.

Nell'interpretare i risultati di questa ricerca bisogna tenerne presente i limiti: si tratta infatti di una survey, in cui viene raccolto un numero limitato di informazioni relative ai determinanti della posizione nel sonno del lattante. È possibile che altri fattori, non compresi nell'intervista, possano influenzare questo comportamento. Il dato stesso dell'azienda USL di appartenenza, che correla con l'elevato tasso di posizione supina sia in ospedale che a casa, potrebbe indicare che l'azienda di appartenenza non sia che un proxy di qualche altro fattore, in grado di influenzare l'esito, non esplicitato. Un altro limite è rappresentato dal fatto che ci si trova di fronte a due sole rilevazioni: sarà interessante vedere se, nella prossima survey del 2008, le tendenze evidenziate in questo studio si riconfermeranno, assumendo quindi maggiore forza informativa. Pur tenendo in considerazione queste limitazioni, possiamo però presentare le seguenti conclusioni:

- ▶ la rilevazione del dato e la comunicazione dello stesso agli operatori sono non solamente essenziali per una corretta programmazione, ma possono essere essi stessi iniziatori di modifiche del comportamento. Questo è probabilmente più facile nel caso in cui gli interventi preventivi da mettere in atto siano semplici e non richiedano risorse aggiuntive. Del resto tutti gli interventi suggeriti nel 6+1 erano presentati come "semplici e sicuramente efficaci".
- ▶ Le pratiche adottate nel pur breve periodo di soggiorno in ospedale al momento della nascita rappresentano un esempio per le famiglie, che tendono a riprodurle. Questa consapevolezza deve rafforzare gli operatori ospedalieri nel perseguire buone pratiche.

- ▶ La disomogeneità fra aziende è un elemento da indagare: dal confronto fra aziende, geograficamente vicine ma distanti nelle pratiche, possono scaturire importanti suggerimenti per la modifica dei comportamenti. Questo confronto ha maggiori possibilità di risultare più convincente e stimolante che quello con realtà lontane e con organizzazioni sanitarie differenti.
- ▶ I corsi preparto, efficaci nell'indirizzare correttamente i comportamenti, sono ancora troppo poco frequentati.
- ▶ Le donne straniere risultano svantaggiate, sia in termini di accesso ai corsi preparto sia in termini di informazioni ricevute. Se questo non provoca uno svantaggio per la posizione nel sonno (la pratica in uso nel Paese d'origine e quanto viene visto in ospedale riescono a modificare l'esito negativo legato alla non partecipazione ai corsi e alla mancanza di informazioni), potrebbe però determinare un danno rispetto ad altri comportamenti preventivi e di salute (come l'alimentazione del neonato, l'esposizione a inquinanti ambientali, la prevenzione degli incidenti).

C'è quindi la necessità di azioni strutturate che, anche sulla base dell'esperienza di precedenti progetti, dovrebbero avere come figure centrali gli operatori sanitari. Nel 2005 è stato creato un gruppo di lavoro regionale, ed è disponibile sul portale del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna l'elenco dei centri e dei referenti della rete regionale per la prevenzione della "Morte improvvisa del lattante (SIDS)", da cui sono scaricabili anche i pieghevoli informativi per i genitori, distribuiti alle Aziende sanitarie da gennaio 2006 [10]. Sono strumenti utili solo se vanno a rinforzare un corretto messaggio fornito nelle varie occasioni di contatto con i genitori a partire già dalla gravidanza e poi nei punti nascita, negli ambulatori dei pediatri di famiglia, nei centri di vaccinazione. Dati non pubblicati relativi alla campagna del Progetto 6+1 realizzata in Friuli Venezia Giulia dimostrano infatti che i migliori risultati si sono ottenuti nelle aree dove c'è stato un coinvolgimento in prima persona degli operatori, dove si è riusciti a fare arrivare un messaggio corretto e uniforme ai genitori in

diversi momenti di contatto con i Servizi e dove i materiali informativi per i genitori non sono stati semplicemente dati loro in mano ma sono stati utilizzati come strumento di comunicazione e di rinforzo di informazioni trasmesse nel corso di un colloquio. ♦

La ricerca è stata eseguita con sole risorse pubbliche. Vi è pertanto assenza di conflitto di interesse.

Ringraziamenti

Si ringraziano le dott.sse Angela Paganelli, Diana Tramonti, Maria Luisa Marcaccio, Elena Castelli e Michela Bragiani della Regione Emilia-Romagna per il supporto organizzativo e il personale sanitario deputato alle vaccinazioni dell'infanzia delle varie AUSL che ha reso possibile questa ricerca.

Per l'inserimento in EPI INFO dei dati dei questionari un grazie particolare a Orietta Mastini, Gino Fanfoni (AUSL Forlì), Roberta Bigazzi (AUSL Cesena), Michela Pola, Roberta Carboni (AUSL Bologna), Paola Rossini, Consuelo Piola (AUSL Ferrara).

Per la collaborazione prestata ai referenti distrettuali per la raccolta dei questionari si ringraziano: Ilario Maffini (AUSL Piacenza), Gianfranco Zambelloni, Achilla Gorni, Ruggero Triani, Daniela Saracchi, Antonio Albarelli (AUSL Parma).
Ciro Capuano, Teresa Fontanesi, Giuliano Bagnoli, Luigi Moscara, Rossella Palmieri, Maria Baroni, Giuliano Bagnoli, Dea Pini, Angelo Cigarini (AUSL Reggio Emilia).
Valter Turchi, Gabriella Tartarini, Giulio Sighinolfi, Claudio Chiossi, Franco Mattei, Irene Ragni, Concetta Contrino, Pierina Furini, Simonetta Partesotti, Teresalda Cappellini (AUSL Modena).
Antonietta Papasodero, Luciana Nicoli, Paola Lenzi, Bernardina Colaiuda, Daniela Rubbini, Isa Ruffilli, Anna Tomesani, Ambra Baldini, Maria Santonicola, Giuseppina Parlato (AUSL Bologna).
Lodovica Veronesi (AUSL Imola).
Massimo Cornale, Giuliana Mengoli, Angela Garbini (AUSL Ferrara).
Denise Regazzi, Elena Rambelli, Iolanda Tondini, Mariangela Carpi (AUSL Ravenna).
Anna Maria Baldoni (AUSL Forlì).
Franca Foschi, Fosca Marrone (AUSL Cesena).
M. Grazia Pascucci, Mara Asciano, Anna Pecci, Anna Faetani, Sabrina Presepi (AUSL Rimini).

Bibliografia

- [1] Buzzetti R, Ronfani L. Evidenza sulla SIDS. Medico e Bambino 2000;19:223-33.
 - [2] Dwyer T, Ponsonby A-L, Newman NM, et al. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. Lancet 1991; 337:1244-7.
 - [3] Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. NZ Med J 1991;104:71-6.
 - [4] Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. BMJ 1996;313:191-5.
 - [5] Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held, January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda. Pediatrics 1994;93:814-9.
 - [6] Ronfani L, Tamburlini G. Progetto 6+1: valutazione dell'efficacia dell'informazione per la promozione della salute perinatale e infantile. Epicentro, dicembre 2002 (scaricabile al seguente indirizzo Internet: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>).
 - [7] Ronfani L, Cuoghi C. Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia-Romagna, 1999-2002. Quaderni acp 2006; 13(6):236-40.
 - [8] Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2005). Quaderni acp 2007;14:3-5.
 - [9] Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, et al. Prevalence and predictors of the prone sleep position among inner-city infants. JAMA 1998; 280:341-6.
 - [10] Contengono informazioni relative ad alcuni comportamenti di prevenzione che hanno dimostrato la loro efficacia per la morte improvvisa del lattante nel primo anno di vita - SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*): far dormire i bambini a pancia in su, sopra materassi rigidi e senza cuscino, seguire la pratica dell'allattamento al seno e mantenerla il più a lungo possibile; far dormire i bambini in ambienti non troppo riscaldati (intorno ai 18-20 gradi); non fumare durante la gravidanza. L'obiettivo della campagna informativa è proprio quello di diffondere queste semplici regole comportamentali, oltre a fornire i riferimenti riguardo alla rete di assistenza e consulenza del Servizio sanitario regionale. L'opuscolo bilingue, dal titolo "Per loro è meglio", è stato realizzato in 12 lingue: italiano e inglese, francese, spagnolo, portoghese, albanese, arabo, cinese, macedone, rumeno, russo, urdu (tanti sono i gruppi linguistici presenti in Emilia-Romagna) per raggiungere anche i genitori stranieri.
- Links**
www.saluter.it/wcm/saluter/bisogni/consultori/alle_gati_docu/REPORT%202002.pdf
(da cui è scaricabile il report 1999-2002)
www.saluter.it/wcm/saluter/campagne/morte_in_culla.htm
(per i pieghevoli multilingue "Per loro è meglio" per la prevenzione della morte improvvisa del lattante - SIDS - e l'elenco dei centri e dei referenti della rete regionale)
http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/progetti/fr_prevenzione.htm
(per maggiori informazioni sul Progetto 6+1).