

Nascere e crescere in Italia oggi: dall'osservatorio ambulatoriale del pediatra di famiglia

Eleonora Morabito¹, Antonio Clavenna¹,
Massimo Cartabia¹, Maurizio Bonati¹,
Gruppo di lavoro NASCITA*

ABSTRACT

Newborns in Italy today: from the outpatient observatory of the family paediatrician

► **Objectives.** *To monitor the health of an Italian cohort of newborns in the first six months of life, describing the first contacts with the family paediatrician.*

► **Methods.** *This study is part of the NASCITA birth cohort, which enrolled 5153 children born in Italy between 1 April 2019 and 31 July 2020. The data was collected by family paediatricians who joined the project on a voluntary basis. The analyses focused on the visits for diseases or disorders outside the routine well-child visits in the first six months of life. Multivariate regression analyses were performed to assess which determinants influenced the incidence and number of visits by pathology or disorder in the first six months.*

► **Results.** *31.6% of healthy infants had a visit in the first 6 months of life, with an average of 1.8 visits per child (DS = 1.3). The common cold was the most frequent diagnosis (22.5%), followed by acute bronchiolitis (7.8%) and colic in the newborn (7.3%). Exclusive breastfeeding up to at least the third month (59% of infants) was associated with a decrease in the prevalence of paediatric outpatient visits (OR = 0.81; IC 95% = 0.68-0.97), as was being an only child (OR = 0.80; IC 95% = 0.67-0.95). Children residing in Northern Italy have more probability of going to the paediatrician (OR = 1.83; IC 95% = 1.44-2.33) than other children. 4% of the children were visited in the emergency room, and in most cases this was the parents' autonomous choice. The common cold and newborn colic were present among the reasons for access in these cases.*

► **Conclusions.** *Most of the children in NASCITA in the first six months of life are in good health, and for these children the paediatrician's activity includes well-child visits and counselling for parents. Geographical differences were observed in the prevalence of visits that refer to possible environmental factors or different attitudes of families. Breastfeeding is confirmed as a protective factor for children's health.*

► **Key words.** *Child health care | primary medical care | pediatrician | Italy | NASCITA Cohort.*

1.Laboratorio per la Salute
Materno Infantile
Dipartimento di Salute
Pubblica
Istituto di Ricerche
Farmacologiche
Mario Negri IRCCS, Milano
eleonora.morabito@guest.
marionegri.it
* [http://nascita.marionegri.it/
progetto](http://nascita.marionegri.it/progetto)

RIASSUNTO

► **Obiettivo.** Monitorare la salute di una coorte italiana di nuovi nati nei primi sei mesi di vita, descrivendo i primi contatti con il pediatra di famiglia.

► **Metodi.** Lo studio si inserisce nel contesto dello "Studio NASCITA", che ha arruolato 5153 bambini nati in Italia tra il 1° aprile 2019 e il 31 luglio 2020. I dati sono stati raccolti da pediatri di famiglia che hanno aderito al progetto su base volontaria. Le analisi si sono concentrate sulle visite avvenute per patologia o disturbo al di fuori dei bilanci di salute nei primi sei mesi di vita. Sono state eseguite analisi di regressione multivariata per valutare quali determinanti hanno influenzato l'incidenza e numero di visite per patologia o disturbo nei primi sei mesi.

► **Risultati.** Il 31,6% dei neonati fisiologici ha avuto una visita non compresa nei bilanci di salute nei primi 6 mesi di vita, con una media di 1,8 accessi per bambino (DS=1,3). Il raffreddore ha rappresentato la diagnosi più frequente (22,5%), seguito da bronchiolite acuta (7,8%) e colica del neonato (7,3%). L'allattamento esclusivo al seno fino al terzo mese (59% dei neonati) è risultato associato a una diminuzione della prevalenza di visita presso l'ambulatorio pediatrico (OR=0,81; IC95%=0,68-0,97), come l'essere figlio unico (OR=0,80; IC95%=0,67-0,95). I residenti nel Nord Italia avevano una maggiore probabilità di visita rispetto agli altri bambini (OR=1,83; IC95%=1,44-2,33). Il 4% dei bambini è stato visitato in Pronto Soccorso, principalmente per scelta autonoma dei genitori. In questo caso tra i motivi di accesso sono presenti anche il raffreddore comune e la colica del neonato.

► **Conclusione.** La maggior parte dei bambini della coorte NASCITA nei primi sei mesi di vita gode di buona salute. L'attività del pediatra si concentra sui bilanci di salute e il counselling ai genitori. Sono state osservate delle differenze geografiche nella prevalenza delle visite che rimandano a possibili fattori ambientali o a differenti attitudini delle famiglie. L'allattamento si conferma un fattore protettivo per la salute dei bambini.

► **Parole chiave.** Salute infantile | salute pubblica | pediatra di famiglia | Italia | coorte NASCITA.

INTRODUZIONE

Lo sviluppo infantile è un processo maturativo ed evolutivo, che avviene attraverso interazioni dinamiche di influenze genetiche, biologiche e psicosociali¹. È per questi processi adattivi precoci, determinati da un alto grado di plasticità neuronale e un rapido sviluppo cerebrale, che le esposizioni che agiscono nel periodo pre e post natale possono influenzare lo stato di salute, il benessere e il comportamento non soltanto dei primi anni del bambino, ma di tutto il corso della vita^{1,2}. È ormai noto, infatti, che le prime epoche di vita, in particolare i primi mille giorni³, sono periodi di grande vulnerabilità. Per questo motivo, sulla base di evidenze scientifiche sono stati identificati i fattori protettivi e quelli sfavorevoli per un pieno sviluppo⁴.

L'ambito della prevenzione è uno degli aspetti cardine dell'assistenza primaria, che include un'assistenza completa, coordinata, e pianificata nel contesto di diversi fattori clinici, sociali e scolastici. L'obiettivo è appunto quello di fornire cure preventive, tra cui vaccinazioni e controlli dello sviluppo con i bilanci di salute, nonché cure di primo contatto per problemi

Le prime epoche di vita, in particolare i primi mille giorni, sono periodi di grande vulnerabilità.

RICERCA SUL CAMPO

acuti, o di controllo in caso di patologie^{5,6}. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano fornisce assistenza pediatrica primaria attraverso il pediatra di famiglia.

In Italia sono ancora limitati gli studi di valenza nazionale che valutano la salute dei bambini nei primi mesi di vita e sono ancor meno, per quanto di nostra conoscenza, quelli che analizzano l'assistenza del pediatra di famiglia.

A questo proposito, nel contesto dello studio NASCITA, il presente studio ha l'obiettivo di descrivere a livello nazionale la salute dei neonati nei primi sei mesi di vita, osservando i primi contatti con il pediatra di famiglia. In particolare, sono state descritte le visite per patologia o disturbo, analizzando come fattori demografici, socio-economici e anamnestici del neonato e della famiglia possano avere un impatto su di esse.

METODI

Lo Studio NASCITA (NAscere e creSCere in ITAlia) è coordinato dal Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano, in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e ha la finalità di seguire nel tempo, sin dalla nascita e almeno fino all'ingresso nella scuola dell'obbligo, la crescita e lo stato di salute di una coorte di bambini. Lo studio analizza i dati correntemente raccolti dal pediatra di famiglia nel corso dei bilanci di salute e delle visite extra. In particolare, sono previsti 7 bilanci di salute nel corso dei primi 6 anni di vita, con tempistiche corrispondenti a quelle comuni a tutte le Regioni italiane. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Sezione Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano ed è monitorato da un comitato tecnico scientifico indipendente costituito da diverse figure professionali (www.nascita.marionegri.it). La coorte NASCITA è composta da 5153 neonati e dalle loro famiglie nati tra il 1 aprile 2019 e il 31 luglio 2020, assistiti da 139 pediatri di famiglia italiani. Quest'ultimi hanno aderito allo studio su base volontaria e operano in 20 dei 21 cluster geografici identificati sulla base dei criteri dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT): area geografica (Nord, Centro, Sud), caratteristiche del comune (urbano, rurale) e contesto (mare, pianura, montagna). Ai fini del presente studio, sono stati analizzati i dati anagrafici e anamnestici del neonato e della famiglia, i dati raccolti nel corso dei primi tre bilanci di salute (1, 3, 6 mesi) e dei contatti avvenuti al di fuori dei bilanci. In particolare, sono stati considerati i contatti avvenuti per dubbi e consigli, visite per patologia o disturbo, comunicazione al pediatra di accessi in Pronto Soccorso (PS) o di ricoveri ospedalieri, richieste di prescrizione di farmaci, visite specialistiche, esami o certificati. Di 3345 neonati erano disponibili i dati completi al momento dell'estrazione dei dati (23/11/2020). L'analisi dei dati è stata condotta sul campione di 2570 neonati senza patologie evidenti alla nascita (neonati fisiologici): neonati nati a termine e con peso adeguato, senza malformazioni riscontrate al momento della nascita o gravi patologie neonatali e non ricoverati in unità di terapia intensiva neonatale dopo il parto.

Obiettivo dello studio: descrivere a livello nazionale la salute dei neonati nei primi sei mesi di vita, tramite i primi contatti con il pediatra di famiglia.

Campione di 2570 neonati senza patologie evidenti alla nascita, ossia neonati fisiologici.

INDICATORI ANALIZZATI

Allo scopo di descrivere la salute infantile nel corso dei primi 6 mesi di vita e il ruolo del pediatra di famiglia sono stati valutati:

- la percentuale di bambini con almeno un contatto e il numero di contatti;
- la percentuale di bambini con almeno una visita per patologia o disturbo e il numero di visite;
- la distribuzione di frequenza delle patologie motivo della visita e l'età al primo consulto e patologia che ha condotto alla visita;
- i dati degli accessi in PS e i ricoveri ospedalieri.

ANALISI STATISTICHE

Le variabili continue (età della madre, del padre al parto, o del neonato al momento del primo consulto) sono state descritte utilizzando media, deviazione standard e mediana. Le variabili dicotomiche sono state descritte come proporzione. Il test chi-quadrato è stato utilizzato per valutare l'impatto di fattori socio-demografici, anamnestici o clinici sulla probabilità di essere visitati per una patologia o disturbo dal pediatra.

Le variabili indipendenti valutate sono state: area geografica di residenza, residenza in una via ad alto traffico, genere del neonato, parità, età della madre al parto, nazionalità, livello di istruzione, occupazione e malattie croniche materne e paterne, fumo in gravidanza, fumo di almeno un genitore dopo la nascita, modalità del parto, allattamento esclusivo al seno alla seconda visita (3 mesi di età). Per valutare l'impatto delle variabili indipendenti sul numero di consulti per ciascun neonato sono stati utilizzati il test t di student o l'analisi della varianza.

Sono state effettuate analisi multivariate per valutare l'impatto delle variabili indipendenti sulla probabilità di effettuare una visita/consulto, sul numero di consulti e sull'età al primo consulto. È stato considerato statisticamente significativo un valore di p-value <0,05.

RISULTATI

Il campione per lo studio di nostro interesse è composto da 2570 bambini, di cui 1329 maschi (51,7%) e 1241 femmine (48,3%). La metà dei bambini risiede nel Nord Italia (50,5%), il 18,8% nel Centro e il 30,7% nel Sud.

Stato di salute

Il 69% delle famiglie ha avuto almeno un contatto con il pediatra al di fuori dei bilanci di salute nei primi sei mesi di vita per un totale di 5828 contatti con una media di 2,3 contatti per bambino. Il motivo principale dei contatti è stato per ricevere un consiglio sulla salute del bambino o per un controllo della crescita ponderale (69%). Il secondo motivo di contatto sono state le visite per patologia o disturbo, avvenute nel 26,4% dei casi (figura 1).

Il 31,6% (813) dei bambini ha avuto almeno una visita per patologia o disturbo nei primi 6 mesi, per un totale di 1507 visite e una media di 1,8 accessi. Il 6,4% dei bambini ha avuto più di 2 visite (figura 2). I motivi più frequenti di visita sono stati le patologie dell'apparato respiratorio

Le variabili considerate nell'analisi statistica sono quelle continue, dicotomiche e indipendenti.

RICERCA SUL CAMPO

Figura 1. Distribuzione dei contatti per motivo.

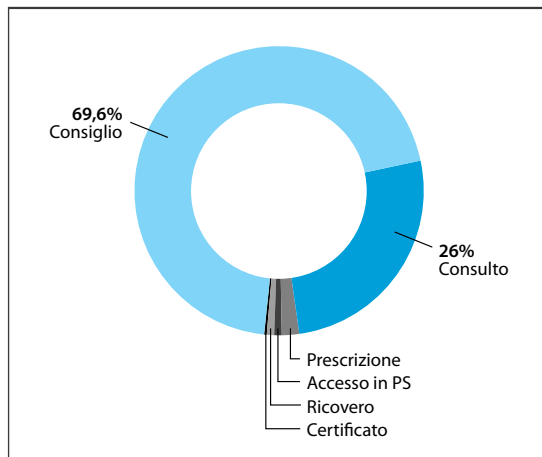
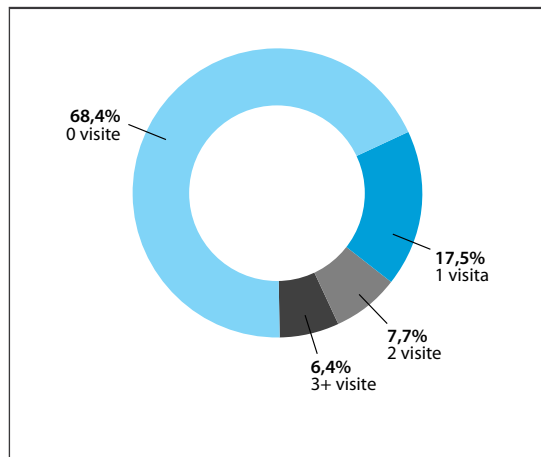


Figura 2. Distribuzione del numero di visite.



(38,2%), seguite da disturbi dell'apparato digerente (17,4%), febbre, tosse e diarrea (9,7%), e patologie cutanee (9,9%). In particolare, le diagnosi più frequenti sono state la rinofaringite acuta (22,5%), seguita dalla bronchiolite acuta (7,8%), e le coliche del neonato (7,3%) (tabella I).

I fattori associati alle visite extra ai bilanci di salute risultati statisticamente significativi (tabella II), anche all'analisi multivariata, sono la zona geografica, essere il primo figlio ed essere allattato esclusivamente al seno per almeno tre mesi. In particolare, vivere nel Nord Italia comporta un'aumentata probabilità (OR = 1,83; IC 95% = 1,44-2,33), e un numero maggiore di visite (2,1 vs 1,5 nel Centro e 1,5 nel Sud; p <0,001). Al contrario, sono associati a una minore incidenza delle visite l'essere il primogenito (OR = 0,80; IC 95% = 0,67-0,95) e l'allattamento esclusivo al seno (OR = 0,81; IC 95% = 0,68-0,97). Quest'ultimo si è rivelato essere associato anche a un minor numero di visite (1,7 vs 2; p = 0,003).

Tabella I. Prime 10 diagnosi delle visite nei nati non patologici.

DIAGNOSI	N.	%
Rinofaringite acuta (raffreddore comune)	306	22,5
Bronchiolite acuta	106	7,8
Coliche del neonato	100	7,3
Dermatite atopica	72	5,3
Tosse	59	4,3
Infezioni da candida	46	3,4
Problemi alimentari del neonato (es. rigurgito)	43	3,2
Laringite e tracheite acuta	38	2,8
Congiuntivite	27	2,0
Otite media acuta	27	2,0

E. Morabito, et al.: **Nascere e crescere in Italia oggi: dall'osservatorio ambulatoriale del pediatra di famiglia****Tabella II.** Analisi dei fattori che possono avere un impatto sul verificarsi e sul numero di visite.

Variabili		Almeno 1 visita (prevalenza)	OR (IC 95%)	Chi quadrato	p-value	Numero visite media \pm d.s	p-value
Zona di residenza	Nord	37,8%	1	37,8	<0,001	2,1 \pm 0,9	<0,001
	Centro	24,6%	0,54 (0,42-0,68)			1,5 \pm 1,5	
	Sud	25,7%	0,57 (0,47-0,69)			1,5 \pm 0,8	
Residenza in una via ad alto traffico	Sì	35,3%	1,17 (0,92-1,48)	1,69	0,193	1,9 \pm 1,4	0,544
	No	31,8%	1			1,8 \pm 1,3	
Genere del bambino	Femmina	30,6%	1	1,1	0,289	1,8 \pm 1,3	0,218
	Maschio	32,6%	1,09 (0,92-1,29)			1,9 \pm 1,3	
Primo figlio	Sì	29,4%	0,79 (0,67-0,93)	7,7	0,006	1,8 \pm 1,3	0,247
	No	34,5%	1			1,9 \pm 1,3	
Età della madre al parto	<25	36,9%	1	0,8	0,362	2,2 \pm 1,3	0,334
	25-29	30,8%	0,76 (0,52-1,11)			1,8 \pm 1,4	
	30-34	31,9%	0,80 (0,56-1,14)			1,8 \pm 1,4	
	35-39	31,6%	0,79 (0,55-1,13)			1,8 \pm 1,2	
	40+	29,9%	0,73 (0,48-1,11)			1,8 \pm 1,2	
Madre nata in Italia	No	32,0%	1,01 (0,79-1,29)	0,01	0,948	2,1 \pm 1,4	0,011
	Sì	31,5%	1			1,8 \pm 1,3	
Livello di istruzione della madre	Basso	35,8%	1,24 (0,99-1,55)	3,5	0,066	2,0 \pm 1,5	0,207
	Alto	31,0%	1			1,8 \pm 1,3	
Condizione professionale della madre	Casalinga	33,5%	1	1,5	0,477	1,9 \pm 1,4	0,962
	Disoccupata	29,2%	0,82 (0,59-1,14)			1,9 \pm 1,5	
	Occupata	31,4%	0,91 (0,73-1,14)			1,8 \pm 1,3	
Malattie croniche della madre	Sì	33,8%	1,13 (0,92-1,39)	1,4	0,255	1,8 \pm 1,4	0,302
	No	31,1%	1			1,9 \pm 1,3	
Madre fumatrice durante gravidanza	Mai	31,5%	1	0,1	0,722	1,8 \pm 1,3	0,143
	Prima	32,4%	1,04 (0,85-1,27)			1,8 \pm 1,2	
	Sì	32,3%	1,04 (0,73-1,47)			2,2 \pm 1,5	
Almeno un genitore fuma dopo la nascita	Sì	33,4%	1,08 (0,90-1,30)	0,7	0,416	1,9 \pm 1,3	0,792
	No	31,7%	1			1,8 \pm 1,3	
Padre nato in Italia	No	33,1%	1,08 (0,84-1,39)	0,3	0,299	2,0 \pm 1,3	0,210
	Sì	31,4%	1			1,8 \pm 1,3	
Livello di istruzione del padre	Basso	34,3%	1,17 (0,65-1,43)	2,5	0,130	1,8 \pm 1,2	0,389
	Alto	30,9%	1			1,8 \pm 1,4	
Condizione professionale del padre	Disoccupato	26,1%	0,76 (0,47-1,23)	1,2	0,315	1,5 \pm 0,7	0,485
	Occupato	31,8%	1			1,9 \pm 1,3	
Malattie croniche del padre	Sì	32,1%	1,03 (0,80-1,31)	0,04	0,885	1,8 \pm 1,4	0,441
	No	31,5%	1			1,9 \pm 1,3	
Modalità del parto	Cesareo	29,4%	0,87 (0,72-1,05)	2,1	0,155	1,7 \pm 1,3	0,181
	Spontaneo	32,4%	1			1,9 \pm 1,3	
Allattamento esclusivo II visita	No	34,8%	1,21 (1,02-1,44)	4,6	0,036	2,0 \pm 1,5	0,003
	Sì	30,7%	1			1,7 \pm 1,2	

RICERCA SUL CAMPO

L'età media dei neonati alla prima visita è 76 giorni (DS 49,2). Considerando la distribuzione delle prime visite rispetto ai mesi di vita, la prevalenza più alta è al secondo mese (29,6%) (figura 3). La frequenza delle diagnosi osservata è la stessa delle visite in generale. Dalle analisi univariate risulta che l'età media alla prima visita è minore in modo significativo tra i bambini residenti nel Nord Italia ed è maggiore in quelli allattati esclusivamente al seno nei primi tre mesi di vita. Tuttavia, dall'analisi multivariata solo l'allattamento esclusivo al seno risulta essere una variabile significativa, associata ad una età media maggiore alla prima visita (79,8 vs 71,5 giorni; $p = 0,008$).

La prevalenza più alta di prime visite è al secondo mese, con il 29,6%.

Accessi in Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri

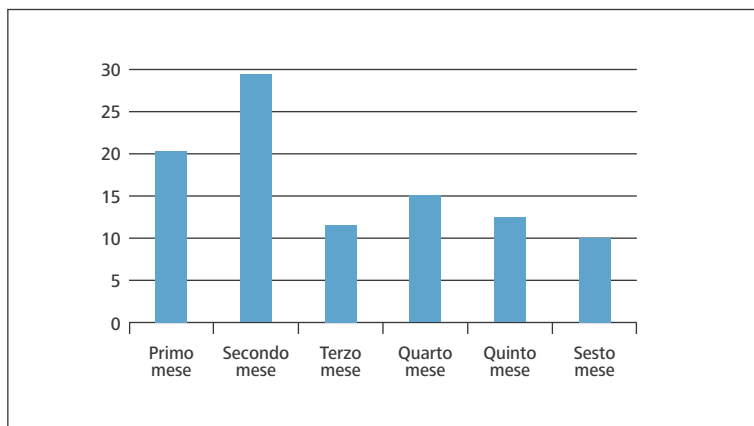
112 (4%) bambini sono stati visitati in PS nel corso dei primi sei mesi. Di questi, 44 sono stati inviati in PS in seguito alla visita ambulatoriale dal pediatra di famiglia, 68 sono stati accompagnati per scelta autonoma dei genitori. I motivi di accesso più frequenti sono stati rinofaringite acuta (23,5%), respiro sibilante (11,8%), coliche (11,8%) e bronchiolite acuta (5,9%). Nel caso di invio da parte del pediatra, la diagnosi più frequente è stata la bronchiolite acuta (41%). Invece, in caso di accesso diretto da parte della famiglia, il motivo più frequente è stato rinofaringite acuta (14%).

60 bambini (2,3%) fisiologici alla nascita sono stati ricoverati nell'arco dei primi sei mesi di vita. Il motivo di ricovero più frequente è stata la bronchiolite acuta (25%) seguita da infezioni delle vie urinarie (11,7%), febbre (10%), e gastroenterite (6,7%).

DISCUSSIONE

Dai dati dello studio emerge che oltre la metà delle famiglie (69%) si è rivolta almeno una volta al pediatra al di fuori dei bilanci di salute per ricevere consigli (7 contatti su 10), indicando che gran parte del lavoro del pediatra di famiglia, almeno nei primi mesi di vita degli assistiti, sia soprattutto di counselling e di supporto ai genitori nella crescita dei loro figli. È inoltre da

Figura 3. Distribuzione dell'età alla prima visita (813 neonati non patologici).



considerare che queste percentuali si osservano nella popolazione dei neonati fisiologici, di cui è atteso un buono stato di salute.

Solo il 31,6% dei neonati fisiologici ha avuto almeno una visita nell'arco dei sei mesi, dato che non si discosta di molto dalla letteratura⁷. Inoltre, coerentemente con la letteratura e le altre coorti di nascita italiane^{8,9}, tra le diagnosi più comuni di visita ci sono il raffreddore comune e le coliche del neonato, quindi disturbi che non hanno una gravità tale da avere bisogno dell'intervento medico.

Risulta chiaro, dunque, che il pediatra di famiglia svolga un importante ruolo di supporto ai genitori. Ruolo che è poco documentato se ci si limita alla sola analisi dei dati correnti e delle cartelle cliniche.

Tuttavia, non bisogna trascurare il fatto che la seconda diagnosi più frequente è la bronchiolite; quest'ultima rappresenta una delle patologie acute più frequenti osservate nella pratica del pediatra di famiglia^{8,10}. Inoltre, su 84 bambini con diagnosi di bronchiolite, 64 sono stati assistiti esclusivamente a livello ambulatoriale dal pediatra, senza accesso in PS o ricovero ospedaliero. Dunque, il pediatra di famiglia fornisce assistenza e cura anche per una patologia acuta e potenzialmente con un alto grado di gravità.

Le analisi dei potenziali determinanti della salute infantile hanno confermato, rispetto a quanto già conosciuto, che l'allattamento esclusivo al seno fino al terzo mese è un fattore protettivo, mentre, la presenza di fratelli maggiori e l'area geografica di residenza possono essere associati a un maggior numero di visite.

Rispetto all'allattamento esclusivo al seno, studi precedenti hanno documentato un minor tasso di visite nei bambini allattati esclusivamente al seno¹¹. Allo stesso modo, il presente lavoro conferma l'effetto protettivo, dimostrando che l'allattamento esclusivo determina in modo statisticamente significativo una diminuzione della prevalenza di visite, del numero e dell'età del bambino alla prima visita.

Per quanto riguarda la zona di residenza, le analisi statistiche rivelano che risiedere in una regione del Nord aumenta la probabilità di avere una visita e il numero di accessi rispetto al resto d'Italia. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che il Nord Italia è caratterizzato da un maggior inquinamento e un clima più rigido. Alcuni studi, infatti, dimostrano che i bambini più piccoli sono più vulnerabili all'inquinamento atmosferico, la cui esposizione ne determina una maggiore suscettibilità alle infezioni respiratorie, comprese le infezioni delle vie aeree superiori e le bronchiti^{12,13}. Inoltre differenti caratteristiche socio-demografiche nelle regioni del Nord Italia, per esempio una maggiore densità di popolazione e una maggiore abitudine a iscrivere i fratelli maggiori del neonato all'asilo nido, ma anche una differente attitudine genitoriale, potrebbero giustificare differenti pattern.

In accordo con la letteratura¹⁴, risulta che l'essere primogenito è un fattore protettivo per quanto riguarda la prevalenza delle visite pediatriche. Probabilmente perché l'aver fratelli più grandi, che magari frequentano l'asilo e che hanno contatti con altri bambini, determina un maggior rischio, per il neonato, di essere esposto ad agenti patogeni.

Per quanto riguarda l'accesso in PS, il 4% dei bambini ha effettuato una visita, un valore inferiore rispetto alla letteratura^{15,16}. Una sottostima che po-

Il ruolo di supporto ai genitori del pediatra è poco documentato dai dati correnti e delle cartelle cliniche.

Essere primogenito è un fattore protettivo per la prevalenza di visite pediatriche.

RICERCA SUL CAMPO

trebbe essere attribuita ad una mancata comunicazione dell'accesso al pediatra da parte dei genitori.

Negli ultimi anni è stato segnalato un crescente tasso di accesso al PS per problemi medici che non richiedono cure di emergenza¹⁷, con conseguente sovraffollamento di questo servizio¹⁵. Questo è stato osservato in parte anche nel presente campione. Infatti, una netta maggioranza dei bambini non è stata inviata in PS dal pediatra di famiglia, ma condotta per scelta autonoma dai genitori. In questi casi, il motivo di accesso più frequente è stato il raffreddore comune, disturbo che non necessita di trattamenti di emergenza e che dovrebbe essere curato nell'ambulatorio del medico di famiglia. Al contrario, nel caso di accesso in seguito a invio da parte del pediatra di famiglia, il motivo principale è stato per una reale urgenza, quale la bronchiolite. Alcuni studi precedenti incentrati sull'accesso inappropriato in PS hanno concluso che i motivi possono essere la difficoltà da parte dei genitori di comprendere la gravità del disturbo del figlio, o la mancata fiducia nei confronti del proprio pediatra di base^{18,19}. Nel nostro lavoro, non essendo questo l'argomento centrale, non sono state raccolte informazioni sufficienti per formulare ipotesi sul perché avvengano questi accessi inadeguati;

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, interessano il 2,3% del nostro campione. I dati sono in linea con quelli italiani²⁰. I motivi di ricovero più frequenti sono la bronchiolite acuta, seguita da infezioni delle vie urinarie, febbre, gastroenterite e sepsi, e che, ad eccezione della bronchiolite acuta, sono patologie che nell'ambulatorio pediatrico sono meno frequenti.

CONCLUSIONE

Questo lavoro ha consentito di indagare la salute dei bambini del territorio italiano, e di evidenziare l'attività del pediatra di famiglia.

La maggior parte dei bambini della coorte NASCITA nei primi sei mesi di vita gode di buona salute. Tuttavia, 7 genitori su 10, al di fuori dei bilanci di salute, si rivolgono al pediatra per ricevere un consiglio; inoltre, delle visite effettuate, in un terzo dei neonati sono diagnosticate patologie, quali il raffreddore comune e la colica, che non avrebbero bisogno dell'attenzione del medico per essere curate. L'attività preponderante del lavoro del pediatra di famiglia nei neonati è quindi di counselling in supporto alle famiglie.

Per quanto riguarda i fattori che possono avere un impatto sulla salute dei bambini non patologici alla nascita, sono state osservate delle differenze geografiche nella prevalenza delle visite che rimandano a possibili fattori ambientali o a differenti attitudini delle famiglie. L'allattamento si conferma un fattore protettivo per la salute dei bambini. **R&P**

Nel campione di studio, una netta maggioranza di bambini è stata inviata al PS per scelta autonoma dei genitori.

Da questo studio emerge come l'attività preponderante del pediatra di famiglia nei neonati sia il counselling in supporto alle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, et al. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011; 378: 1325-38.
2. Barouki R, Gluckman PD, Grandjean P, Hanson M, Heindel JJ. Developmental origins of non-communicable disease: Implications for research and public health. *Environ Health* 2012; 11: 42.
3. Britto PR, Pérez-Escamilla R. No second chances? Early critical periods in human development. *Introduction. Soc Sci Med* 2013; 97: 238-40.
4. Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della sperimentazione; <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/> (ultimo accesso 14 giugno 2021).
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
6. Campagna del Ministero della Salute. Genitori più, prendiamoci più cura della loro vita; Disponibile online: <https://www.genitoripiù.it> (ultimo accesso 14 giugno 2021).
7. Armon K, Stephenson T, Gabriel V, et al. Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency department. *Arch Dis Child* 2001; 84: 390-2.
8. Mauri L, Narducci M, Nova A, Zanetto F. Infezioni respiratorie, self help e prescrizione antibiotica; nella pratica ambulatoriale. *Medico e Bambino* 2010; 29: 565-74.
9. Progetto NINFEA; Disponibile online: <https://www.progetto-ninfea.it> (ultimo accesso 14 giugno 2021).
10. Gregori G, Sacchetti R, Armani P, et al. Le urgenze non urgenti in pediatria ambulatoriale: ovvero l'acuto banale è davvero banale? *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2005; 8.
11. McConnachie A, Wilson P, Thomson H, et al. Modelling consultation rates in infancy: influence of maternal and infant characteristics, feeding type and consultation history. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 598-603.
12. Brims F, Chauhan AJ. Air quality, tobacco smoke, urban crowding and day care: modern menaces and their effects on health. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24 (11 Suppl): S152-6, discussion S156-7.
13. Sigmund E, De Ste Croix M, Miklánková L, Frömel K. Physical activity patterns of kindergarten children in comparison to teenagers and young adults. *Eur J Public Health* 2007; 17: 646-51.
14. Kvaerner KJ, Nafstad P, Jaakkola JJ. Upper respiratory morbidity in preschool children: a cross-sectional study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 1201-6.
15. Riva B, Clavenna A, Cartabia M, et al. Emergency department use by paediatric patients in Lombardy Region, Italy: a population study. *BMJ Paediatr Open* 2018; 2: e000247.
16. Vitello AS, Clavenna A, Cartabia M, Sala D, Biondi A, Bonati M. Evaluation of the pattern of use of a pediatric emergency department in Italy. *Pediatr Emerg Care* 2020; Mar 30. doi: 10.1097/PEC.0000000000002091.
17. Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. Paediatric utilization of an emergency department in Italy. *Eur J Public Health* 2006; 16: 565-9.
18. Salami O, Salvador J, Vega R. Reasons for nonurgent pediatric emergency department visits: perceptions of health care providers and caregivers. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28: 43-6.
19. Yoffe SJ, Moore RW, Gibson JO, Dadfar NM, McKay RL, McClellan DA, Huang TY. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med* 2011; 43: 106-11.
20. Ministero della Salute. SDO. Anno 2016. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5147&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto#:~:text=Dai%20dati%20delle%20schede%20di,7%25%2C%20mentre%20il%20corrispondente%20volume (ultimo accesso 14 giugno 2021).

RICERCA SUL CAMPO

*Gruppo di lavoro NASCITA – Pediatri partecipanti

ABRUZZO. Magnelli Alessandra, Savino Alessandra (Chieti).

BASILICATA. Matera Fausta, Padula Giacinta, Vizziello Lucia (Matera).

CALABRIA. Capomolla Domenico, Caracciolo Anna (Reggio di Calabria).

CAMPANIA. Argo Giovanna (Castellammare di Stabia); Sansone Renato (Cervinara); Manetti Stefania (Piano di Sorrento); Castiglione Ornella (Qualiano); Cartiglia Maria Laura (Sant'Antonio Abate); Limauro Raffaele (Torre del Greco).

EMILIA ROMAGNA. De Carlo Luigi (Argenta); Cantù Maria Cristina (Felino); Marchi Silvia, Prodi Miriam, (Formigine); Parisini Maria Chiara (Langhirano); Pellacani Antonella (Marzabotto); Vignutelli Lucia (Massa Lombarda); Chiarolanza Jennifer, Zucchi Graziano (Modena); Musetti Manuela (Montechiarugolo); Malventano Monica (Voghiera).

FRIULI VENEZIA GIULIA. Pavoni Marilena (Fiume Veneto); Nicoloso Flavia (Gemona del Friuli); Trevisan Marina (Muggia); Brusadin Laura (Prata di Pordenone); Tortorella Maria (San Vito al Tagliamento).

LAZIO. Caiazza Mariantonietta, Calamita Patrizia (Albano Laziale); Martinez Chiara (Caprarola); Palazzi Rosanna (Colleferro); Fonte Maria Teresa (Guidonia Montecelio); Cannavo Rossella Claudia, Carbone Maria Concetta, Ciuffo Cristina, Criscione Marialuisa, D'Agostino Rita, Del Balzo Patrizia, Marolla Federico, Nardini Paolo, Preziosi Francesca, Rafele Innocenza, Reali Laura, Sarno Vittoria, Valente Michele, Zand Rosette (Roma).

LIGURIA. Lavagetto Antonella, Semprini Giovanni Giuliano (Genova).

LOMBARDIA. Rabbone Maria Letizia (Agrate Brianza); Paganuzzi Paolo Maria (Arluno); Sala Francesca (Bernareggio); Genoni Stefania, Spalla Adelisa (Cardano al Campo); Rogari Patrizia (Carugate); Tomagra Ettore (Darfo Boario Terme); Santus Francesca (Desio); Di Francesco Chiara (Ferno); Cazzuffi Maria Angela, Di Pietro Maria Elisabetta (Gallarate); Roncoroni Ippolita (Landriano); Gozzi Marta (Lissone); Sturaro Gloria (Melegnano); Ballerini Emanuela, Heritier Enrica, Mazzucchi Elisabetta, Pastorelli Giovannina, Picciotti Michela, Russo Annarita, Schirò Raffaella (Milano); Briscioli Vincenza (Pisogne); Matiotti Carla (Provaglio d'Isèo); Gornati Gianluca (Ronco Briantino); Cravidi Claudio (Stradella); Zanetto Federica (Vimercate).

MARCHE. Olimpi Laura Maria (Ascoli Piceno); Bottiglieri Aurora, Piunti Tiziana (San Benedetto del Tronto).

PIEMONTE. Gaudino Matteo (Alba); China Rosaria (Centallo); Cimadamore Nicoletta (Mongrando); Valera Mariangela (Perosa Argentina); Fiammengo Paolo, Picotto Ivo, Tulliso Silvia (Pinerolo); Guidoni Chiara (Susa); Palmero Alessandra (Torino).

PUGLIA. Vernile Edda (Andria); Carrassi Gaetano, Toma Maria Grazia (Bari); Peccarisi Lucia (Corato); Cavallo Rosario Salvatore (Lecce); Vinci Paolo (Martina Franca); Trentadue Fausta, (Ruvo di Puglia); Valente Anna (San Giorgio Ionico); Cazzato Teresa (Taranto); Colazzo Damiano (Toritto); Botalico Chiara (Valenzano).

SARDEGNA. Anedda Elisabetta, Marongiu Francesca (Cagliari); Rosas Paolo (Pula); Cera Melania Maria Giuseppina (Serrenti); Giugnini Emma Maria Letizia (Usini).

SICILIA. Aloisio Anna (Carini); Grassa Francesca (Ciminna); Armenio Anna, Cocchiara Cristoforo (Gela); Cambria Rosaria, Conti Nibali Sergio, Siracusano Maria Francesca (Messina); De Santes Giuseppina, Primavera Giuseppe (Palermo); Crupi Isodiana (San Piero Patti).

TOSCANA. Neri Patrizia (Seravezza).

UMBRIA. Dini Maria Chiara, Usella Roberta (Amelia); Frigeri Maria (Foligno); Rempp Franziska Stefanie (Perugia).

VENETO. Benedetti Monica (Bussolengo); Toffol Giacomo (Pederobba); Carraro Valeria, Danieli Daniela (San Martino Buon Albergo); Zanette Marco (Spresiano); Pasinato Angela (Torri di Quartesolo); Callegari Miriana (Trevignano); Mascarello Nicoletta (Trissino); Giroto Silvia (Venezia); Zuccolo Maria Luisa (Volpago del Montello).

Pediatri che non hanno potuto proseguire

la partecipazione: Apuzzo Giuliana, Bertoli Daniela, Bollettini Stefano, Bruno Antonella, Costantini Anna Maria, De Sanctis Marina, Del Bono Gian Piero, Foco Micaela, Galvagno Andrea, Maiolino Maria Gabriella, Mangialavori Claudio, Maresca Natale, Martinelli Agata, Moggia Donatella, Moretti Paolo, Neri Alberto, Ottonello Giancarlo, Perrera Cristina, Porro Ilaria, Riundi Ada, Saccà Mariagrazia, Sala Elisabetta, Vicario Valeria.

I pediatri Cionini Roberto e Scornavacca Giuseppa sono scomparsi prematuramente nel corso dello Studio.