

Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Dati 2024



Settembre 2025



In collaborazione con:

Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Dati 2024

Settembre 2025



In collaborazione con:



Ricerca patrocinata dall'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e curata dal Settore Assistenza Territoriale

© Regione Emilia-Romagna – settembre 2025

Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Il documento è disponibile on line sul portale del Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva-SaPeRiDoc, Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna all'indirizzo:

<https://www.saperidoc.it/allattamento-dati-2024/>

La redazione del volume è stata curata da

| | |
|--------------------------|--|
| Simona Di Mario | SaPeRiDoc, Settore Assistenza Territoriale |
| Fabia Franchi | Responsabile Settore Assistenza Territoriale |
| Bruna Borgini | Settore Assistenza Territoriale |
| Michela Bragliani | Settore Assistenza Territoriale |
| Elena Castelli | Settore Assistenza Territoriale |

Si ringraziano

Riccardo Davanzo e Gavriel Di Nepi per la condivisione dei dati di prevalenza alla dimissione per la regione Emilia-Romagna (ricerca progetto inter-societario ed inter-federativo PAA *Policy Aziendale per l'Allattamento*); **Luca Ronfani** per la condivisione dei dati di prevalenza del sistema di monitoraggio della regione Friuli-Venezia Giulia; **Claudia Comina e Riccardo Pertile** per la condivisione dei dati di prevalenza del sistema di monitoraggio della PA di Trento

Sergio Battaglia, Massimo Clò, Stefano Sforza, Luca Cisbani, Massimiliano Navacchia, Area ICT e trasformazione digitale dei servizi al cittadino, per l'estrazione e la gestione dei dati dal flusso dell'anagrafe vaccinale regionale

Carlo Gagliotti, Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali, per lo sviluppo dello score di vulnerabilità CedAP-G e per la fotografia di copertina

Monica Chili, Centro Stampa regionale, per il logo *Allattare rilassate*

Barbara Paltrinieri, Settore Assistenza Territoriale, per la composizione grafica della copertina

Le **professioniste** e i **professionisti** delle pediatrie di comunità della Regione, che hanno raccolto i dati; senza la loro collaborazione la ricerca non avrebbe potuto avere luogo

I **genitori** delle lattanti e dei lattanti che hanno partecipato alla ricerca

L'augurio è che il lavoro di tutte queste persone serva a migliorare le attività a sostegno delle donne che vogliono allattare.

Indice

| | |
|---|----|
| Presentazione | 1 |
| Glossario e acronimi | 4 |
| Sommario dei principali risultati | 7 |
| 1. Introduzione | 9 |
| 2. Metodo | 11 |
| 3. Risultati | 14 |
| Popolazione vaccinata, flusso AVR..... | 14 |
| Prevalenza allattamento | 19 |
| Dieci anni di monitoraggio..... | 31 |
| Analisi in base allo score di vulnerabilità | 33 |
| Benchmarking esterno..... | 35 |
| 4. Commenti | 37 |
| 6. Conclusioni | 40 |

Appendice

Dati aziendali

Presentazione

È per me un grande onore, oltre che un piacere, curare la presentazione del nuovo rapporto sui dati di allattamento in regione Emilia-Romagna, uno dei tradizionali ed ormai irrinunciabili report patrocinati dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna.

Come per tante altre pubblicazioni della Regione, l'obiettivo, specie in ambito perinatale, è quello di misurare la qualità e l'efficienza della assistenza erogata dalle strutture sanitarie regionali, individuare eventuali ambiti di criticità attraverso il ricorso sistematico all'audit ed al confronto con i clinici e infine programmare interventi di implementazione e progetti di miglioramenti. E per pervenire a questi risultati da sempre, l'aspetto maggiormente caratterizzante e probabilmente vincente è stato il pieno coinvolgimento dei clinici, fin dalle fasi iniziali di progettazione e pianificazione dei progetti.

Permettetemi quindi già in premessa di ringraziare quanti, in ambito regionale – Area ICT e transizione digitale dei servizi al cittadino e Settore Assistenza Territoriale - da sempre affiancano i clinici nelle fasi di ideazione, elaborazione e analisi dei dati con un rigore metodologico che non ha eguali, e con loro tutti i professionisti che con la loro dedizione e impegno costante rendono possibili tutte queste attività.

Ma torniamo al nostro rapporto sulla prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna, un report che nel tempo ha acquisito un sempre maggior rilievo, un appuntamento ormai atteso da tutti i professionisti a qualsiasi titolo coinvolti.

Come noto, l'allattamento materno, raccomandato dalle Agenzie internazionali che si occupano di salute (OMS), dai governi nazionali e dalle principali società scientifiche di area perinatale e pediatrica, è considerato oggi uno dei principali determinanti di salute con innumerevoli benefici a breve, medio e lungo termine per il neonato, la madre ma anche per la società intera, associandosi ad un miglioramento globale dello stato di salute di una popolazione. Promuovere l'allattamento al seno rappresenta un investimento non solo di salute, ma anche in ambito economico, sociale ed ambientale. I progetti di implementazione dell'allattamento sono però estremamente complessi, di difficile realizzazione, sovente frustranti, in quanto si tratta di un esito davvero multifattoriale correlato a innumerevoli variabili di ordine sanitario, sociale e culturale,

Facilitare e sostenere l'allattamento implica, infatti, l'adozione di soluzioni organizzative che devono agire a diversi livelli del percorso nascita ed anche oltre:

in epoca prenatale (corsi di accompagnamento alla nascita, ginecologi, consultori,..) attraverso campagne di formazione, informazione e comunicazione; al momento del parto in ospedale con l'adozione di buone pratiche ostetriche e neonatologiche mirate (per esempio il pelle a pelle o il *rooming-in*); fino al periodo postnatale attraverso la individuazione di reti familiari, sociali e sanitarie realmente supportive, in grado di offrire un sostegno efficace e rispettoso alle donne ed alle famiglie in una fase che può risultare particolarmente gravosa.

Il gruppo di lavoro regionale sulla promozione dell'allattamento, consolidatosi negli anni e sapientemente coordinato, ha permesso di ottenere un monitoraggio stretto ed attendibile dell'andamento, informazione che ha rappresentato un punto di partenza fondamentale per la programmazione sanitaria.

Tra l'altro con la presentazione di quest'anno festeggiamo un importante "compleanno", visto che tale raccolta sistematica ed informatizzata raggiunge l'importante traguardo dei primi 10 anni di attività: è quindi un'occasione preziosa per una analisi dettagliata sul trend osservato e per una riflessione sull'intero fenomeno.

Il report, come sempre, è straordinariamente ricco di informazioni per i clinici ma anche per tutti i programmatori e decisori, informazioni utilissime per monitorare la qualità dell'offerta erogata nelle strutture sanitarie della regione, il trend nel tempo dei tassi di allattamento, ed ipotizzare interventi specifici

Per il 2024 il rapporto mostra una sostanziale stabilità dei tassi di allattamento materno esclusivo a 3 mesi (56%) ed un lievissimo incremento ai 5 mesi (49%; +0,5%) rispetto all'anno precedente. In termini globali sono risultati favorevoli sebbene non ottimali, ancora distanti dagli standard individuati dall'OMS. I target individuati ormai da diversi anni a livello regionale (ossia tassi di allattamento completo >65% a tre mesi e >50% a 5 mesi) devono rimanere obiettivi precisi e reali, perché raggiungibili. E questo sono certo costituirà un ulteriore motivo di stimolo per tutti noi!

Se estendiamo poi l'analisi agli ultimi 10 anni, il trend osservato è invece più soddisfacente, con un incremento dell'11% e del 22% rispettivamente a 3 e 5 mesi, incremento osservato soprattutto nel primo quinquennio e molto meno negli ultimi anni.

Nell'insieme il dato più confortante, a mio avviso, è rappresentato dalla percentuale di lattanti alimentati esclusivamente con la formula (latte artificiale), percentuale

che si riduce sensibilmente nella rilevazione a cinque mesi di vita negli anni, a testimoniare che le madri che iniziano l'allattamento, superando le difficoltà iniziali, tendono a proseguirlo nel tempo.

Si conferma poi la estrema variabilità dei tassi nelle diverse province della regione, cosa che si ripete anche a livello distrettuale: è un esito davvero singolare che probabilmente si spiega con la presenza di fattori di ostacolo persistenti che non siamo ancora riusciti a comprendere fino in fondo e quindi a superare.

Analogamente il rapporto conferma che le classi di donne a maggiore vulnerabilità sociale sono proprio quelle in cui la prevalenza di allattamento è inferiore, accentuandone così i rischi sociali: su queste popolazioni urge quindi pensare interventi di implementazioni ancora più incisivi per cercare di attenuare lo svantaggio iniziale.

Da ultimo sottolineo un valore aggiunto presente nel rapporto del 2024 grazie alla integrazione dei dati tradizionali con quelli derivanti da un progetto nazionale sulla diffusione di una Policy Aziendale sull'Allattamento (PAA), progetto al quale hanno aderito quasi tutti i punti nascita della regione ER. Attraverso la PAA oggi conosciamo anche i dati di prevalenza dell'allattamento esclusivo alla dimissione dall'ospedale che in regione si attesta all'80,9%, un dato piuttosto lusinghiero.

Questo esito, unito con il dato a 3 e 5 mesi, ci consente di ipotizzare che la maggior caduta nei tassi di allattamento, nella nostra realtà, si registra nelle prime settimane di vita, che a questo punto diventano il periodo critico, quello sul quale focalizzare le nostre attenzioni e possibilmente mettere in atto strategie di miglioramento puntuali e rigorose anche lavorando su quella continuità ospedale-territorio tanto spesso auspicata. È una grande opportunità per una discussione, che sono certo sarà ricca di spunti e di proposte di implementazioni da un punto di vista organizzativo.

Un caro saluto ed un arrivederci al prossimo anno!

Giancarlo Gargano

Presidente della *Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita*
della Regione Emilia-Romagna

Glossario e acronimi

Accuratezza

L'accuratezza di una stima è data dalla vicinanza della stima ottenuta al valore reale che si intende stimare.

Allattamento esclusivo

Solo latte materno, senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine o la soluzione di reidratazione orale).

Allattamento predominante

Latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, tè.

Allattamento completo

La somma di allattamento esclusivo e predominante. Viene utilizzato come indicatore principale nello studio di prevalenza in Regione Emilia-Romagna.

Allattamento complementare

Latte materno con aggiunte di formula, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi.

Approccio rilassato o in semireclinata

Approccio all'allattamento, anche noto come *biological nurturing*®, che mette al centro il benessere di madre e lattante e le loro competenze, che si estrinsecano con maggiore facilità quando la madre è in posizione comoda e semireclinata. In questo modo la madre con il suo corpo sostiene quello del/la lattante, prono durante l'allattamento, senza fatica e senza tensioni muscolari. Utilizzando questo approccio, con la madre comoda che non si stanca, l'allattamento avviene senza contrapporsi alla forza di gravità, anzi assecondandola. Si facilita quindi l'attivazione di riflessi/comportamenti innati di madre e lattante, che si associano a maggiore benessere della diade, a minore frequenza di problemi durante l'allattamento (come dolore, ragadi, ingorghi) e a maggiore autonomia della madre, che non "deve imparare ad allattare". Chi sostiene la donna ha un ruolo nel sollevarla dalle incombenze domestiche, così che possa dedicarsi all'allattamento, e nel proteggerla da eventuali condizionamenti culturali contrari, per allattare senza problemi.

CoVID-19

Malattia ad andamento epidemico causata da infezione con il virus SARS-CoV-2, diagnosticata per la prima volta in Italia a febbraio 2020.

Non allattamento

Alimentazione priva di latte materno; solo formula e/o alimenti semisolidi o solidi.

OMS

Organizzazione mondiale della sanità (*World health organization* - WHO).

Partner

Il termine è riferito alla figura che affianca la madre nella cura della bambina: può quindi includere il padre convivente o meno, la co-mamma, l'attuale partner non genitore biologico della bambina.

Precisione

La precisione di una stima è data dall'ampiezza dell'intervallo di confidenza della stima dell'evento che si intende stimare. Più è ampio l'intervallo di confidenza, minore è la precisione.

Prospettiva di genere

Approccio consapevole alla costruzione della categoria di genere e dei suoi rapporti di potere. Nel lavoro di comunicazione consiste nel mettere al centro il target e nel considerare che il destinatario non è neutro. Questo documento è attento alla prospettiva di genere¹ e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, anche se viene tendenzialmente utilizzato il genere femminile sovraesteso.

Recall period

Intervallo di tempo che intercorre fra il momento della rilevazione e quello di occorrenza di un evento. Per gli studi sulla nutrizione l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'utilizzo di un *recall period* di 24 ore, per ridurre il rischio di errore (o *bias*) nel riferire il dato che si vuole studiare.

SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).

Nuovo coronavirus (coronavirus 2 per distinguerlo da quello associato alla SARS del 2003) associato a una sindrome respiratoria acuta grave.

¹ Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica. <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

Standardizzazione (diretta, indiretta)

Metodo statistico che permette di confrontare un esito in popolazioni caratterizzate da una diversa distribuzione di una variabile, quale per esempio l'età o il sesso, che potrebbe influenzare la frequenza dell'esito stesso. In questo Rapporto, per il calcolo dei tassi di prevalenza di allattamento tenendo conto dell'età della bambina, è stato utilizzato il metodo di *standardizzazione diretta*.

TIN

Terapia intensiva neonatale.

Sommario dei principali risultati

In questo Rapporto vengono presentati i dati relativi all'alimentazione delle lattanti² raccolti nelle pediatrie di comunità di tutte le AUSL della regione nel periodo marzo-novembre 2024. La raccolta avviene in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a tre e cinque mesi): dal 2015 la registrazione, completamente informatizzata, utilizza il flusso dell'anagrafe vaccinale regionale. Sono state applicate la metodologia e le definizioni suggerite dall'*Organizzazione mondiale della sanità*; si è fatto ricorso alla prevalenza standardizzata per età utilizzando fasce di 15 giorni per permettere il confronto fra AUSL, distretti e con i dati delle precedenti *survey* regionali.

I dati sono relativi a 33.569 vaccinazioni: specificamente 17.891 bambine alla prima vaccinazione (circa 3 mesi) e 15.678 bambine alla seconda vaccinazione (circa 5 mesi). Il link con i dati del Certificato di assistenza al parto è stato possibile per 32.014 record (95.4% del campione): 68.0% sono figlie di donne italiane; fra le madri straniere 37.7% sono di provenienza da paesi dell'Africa, 23.8% da paesi europei non facenti parte della Unione Europea (UE), 22.1% da Asia, 12.4% da paesi UE e 4.0% da America.

Informazioni sull'alimentazione sono disponibili per 33.137 osservazioni in 22.876 lattanti (98.7% delle schede raccolte). La prevalenza media regionale di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) a tre mesi è pari a 56.0% (-0.1% rispetto alla precedente rilevazione) con un *range* fra diverse AUSL che va da 47.1% a 73.7%; a cinque mesi la media regionale è pari a 49.9% (+0.5% rispetto al 2023), con un *range* fra AUSL da 42.2% a 62.2%. Come negli anni precedenti permangono importanti differenze a livello distrettuale: la prevalenza di allattamento completo nei diversi distretti varia da 41.0% a 75.2% a tre mesi e da 29.8% a 71.8% a cinque mesi.

Si rileva una associazione statisticamente significativa fra prevalenza di allattamento a tre e cinque mesi e sesso del lattante: la prevalenza di allattamento completo è lievemente superiore nelle bambine (+1.7% a tre mesi e +2.1% a cinque mesi). L'allattamento completo è meno frequente nelle lattanti nate da madre italiana a tre mesi (56.0% italiane, 59.6% straniere) mentre a cinque mesi la differenza non è statisticamente né clinicamente significativa (50.0% vs 50.8%): la differenza è

² Questo documento è attento alla **prospettiva di genere** e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, anche se viene tendenzialmente preferito il femminile sovraesteso.

maggiore in termini di *non allattamento* rilevabile sia a tre (18.5% nelle italiane, 11.2% nelle straniere) che a cinque mesi (26.5% italiane 18.5% straniere).

Quest'anno è possibile fare un bilancio su un arco temporale decennale: il monitoraggio, informatizzato e condotto con cadenza annuale a partire dal 2015, conferma che il miglioramento della prevalenza di allattamento completo a 3 mesi in questo decennio è stato contenuto (+4%), a differenza di quello rilevato a 5 mesi (+17%) tanto che le due curve tendono a convergere.

L'utilizzo dello score CedAP-G, proxy di vulnerabilità sociale, conferma anche per il 2024 il gradiente decrescente, in termini di allattamento completo, in base alla classe di vulnerabilità materna desunta da CedAP (maggiore è la vulnerabilità minore è il tasso di allattamento completo). La distribuzione delle classi di vulnerabilità nel 2024 è simile a quella del periodo pre-pandemico (32.5% della popolazione è nelle classi a minore vulnerabilità, 14.3% in quelle a maggiore vulnerabilità). Per quanto riguarda i tassi di prevalenza di allattamento completo a tre mesi, nel periodo 2019-2024 (prima e dopo la pandemia di CoVID-19) non si evidenzia un chiaro trend temporale in base alla classe di vulnerabilità, mentre a cinque mesi la prevalenza aumenta leggermente ma significativamente in tutte le classi di vulnerabilità, anche se con una intensità decrescente al crescere della vulnerabilità (come se, nel tempo, non si riuscisse a ridurre il divario fra classi di vulnerabilità).

Per il primo anno, grazie alla ricerca del progetto inter-societario ed inter-federativo *Policy Aziendale per l'Allattamento (PAA)*, abbiamo a disposizione il dato di prevalenza di 14 di 18 punti nascita dalla regione: sulla base di questi dati il tasso di allattamento esclusivo nel periodo dalla nascita fino alla dimissione è pari a 80.9% (media dei 14 punti nascita). Oltre agli spunti per un confronto intraregionale (*benchmarking* interno) vengono riportati i dati di prevalenza della regione Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento per un confronto esterno. Sulla base dei dati osservati è ragionevole confermare, per il futuro, che gli obiettivi di prevalenza da raggiungere sono:

- tasso di allattamento completo a tre mesi >65%
- tasso di allattamento completo a cinque mesi >50%

1. Introduzione

Questo è il report allattamento riferito al 2024, decimo report dall'anno in cui (era il 2015) il monitoraggio in Regione Emilia-Romagna è diventato annuale e completamente informatizzato.

Durante il 2024 le attività coordinate centralmente per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sono consistite in:

- Interventi all'interno del programma libero 11 del Piano Regionale della Prevenzione, *Primi 1000 giorni di vita*
- Disseminazione del corso di formazione a distanza (FAD) sull'allattamento di primo livello intitolato *Breast Feeling*, corso on-line accessibile gratuitamente che, dopo aver avuto il patrocinio di Istituto Superiore di Sanità, UNICEF Italia, IBFAN Italia Odv e MAMI Odv, è stato:
 - reso disponibile (da ottobre 2024 e per tutto il 2025) a tutte le cittadine e i cittadini, anche extra-regione Emilia-Romagna, tramite la piattaforma regionale SELF, ambiente cittadini <https://moodle.self-pa.net/moodleci/login/index.php> (senza crediti ECM)
 - concesso per riuso alla Federazione nazionale Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) per tutte le professioni sanitarie anche extra-regione Emilia-Romagna, tramite la piattaforma dell'Ordine <https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/fad-breast-feelings/> (con crediti ECM)
 - esteso l'accesso per tutto il 2024 e 2025 nella versione per il personale sanitario della regione Emilia-Romagna tramite la piattaforma regionale SELF, ambiente sanità <https://moodle.self-pa.net/moodlesa/login/index.php> (con crediti ECM)
- Sviluppo dei contenuti di una nuova FAD allattamento di secondo livello, intitolata *Breast Practice*, che affronti la gestione dei più comuni problemi che possono insorgere durante l'allattamento e di eventuali condizioni patologiche della madre o del/la lattante che possono influire sull'allattamento. Per la stesura di questi contenuti ci si è avvalsi della collaborazione di sette professioniste/i dei servizi dell'Emilia-Romagna; a giugno e settembre 2024 sono stati organizzati due momenti formativi con queste professioniste e un gruppo più esteso che, confrontandosi con l'esperienza di formatrici

dell’Azienda sanitaria di Trieste (ASUGI), hanno potuto approfondire e sperimentare il sostegno all’allattamento tramite l’approccio semireclinato, anche noto come *biological nurturing*®, il cui utilizzo sistematico fin dai primi momenti di allattamento si associa a una significativa riduzione di problemi comuni come ragadi, ingorghi, dolore in allattamento, e a un aumento del benessere di madre e lattante.

- Prosecuzione e conclusione del progetto di welfare culturale con allestimenti in vari territori della mostra della fotografa svedese Elisabeth Ubbe *The Invisible Breasts*. Il progetto fotografico di Ubbe è una interessante riflessione sul corpo della donna, quando allatta, quando non ha allattato o non ha nemmeno concepito, o quando è stato curato per un tumore al seno. La mostra ha avuto lo scopo di sensibilizzare sul tema dell’allattamento e del rispetto del corpo delle donne e delle loro scelte. Nel 2024 gli allestimenti sono stati fatti grazie alla collaborazione delle Aziende Sanitarie e dei Comuni nelle sedi di Imola (Ospedale Vecchio, da ottobre 2023 a febbraio 2024) e Rimini (in due sedi: DEA dell’Ospedale degli Infermi e presso la Galleria dell’Immagine da novembre 2024 a gennaio 2025).



Cartolina di invito per la mostra di Elisabeth Ubbe *The Invisible Breasts* a Rimini.

Oltre a queste attività, sono state implementate a livello territoriale e ospedaliero innumerevoli iniziative coordinate dalle aziende sanitarie, dai centri per le famiglie, dai servizi educativi e dalle associazioni di sostegno alla pari.

2. Metodo

Il monitoraggio della prevalenza di allattamento è stato ideato e sviluppato in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri - Associazione Pediatria di Comunità (ACP-APeC). Dalla prima edizione del 1999 e fino al 2008 la rilevazione è stata triennale, con raccolta di questionari cartacei. Nel 2011 venne fatto un primo tentativo di informatizzazione utilizzando un questionario on-line sviluppato *ad hoc*. Dal 2015, dieci anni fa, la raccolta è diventata annuale e completamente informatizzata, diventando parte integrante del flusso corrente *Anagrafe vaccinale regionale*³: i professionisti e le professioniste delle pediatrie di comunità inseriscono i dati relativi all'alimentazione contestualmente a quelli delle vaccinazioni pediatriche utilizzando lo stesso software. Questo facilita il lavoro di chi raccoglie e inserisce il dato, ne migliora la qualità e riduce la quota di informazioni mancanti⁴. L'indagine utilizza le definizioni standard e il *recall period* (24 ore) consigliati dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS) per questo tipo di studi⁵. La ricerca si è svolta dal 16 marzo al 30 novembre 2024. In occasione della prima e della seconda vaccinazione pediatrica (rispettivamente dal 61° al 90° giorno - circa tre mesi di età - e dal 121° al 150° giorno - circa 5 mesi di vita), sono state poste al familiare che accompagnava il neonato o la neonata le domande di seguito riportate, a cui è possibile rispondere solo con un sì o con un no (Box sottostante). Oltre al criterio temporale non esistono altri criteri di esclusione.

Box. Domande rivolte al momento della vaccinazione sull'alimentazione.

Nelle ultime 24 ore sua figlia/o:

- è stato allattata?
- ha bevuto acqua (normale o zuccherata), tè, succo di frutta, altre bevande non nutritive, comprese soluzioni per la reidratazione orale?
- ha bevuto formula, latte di mucca o altro latte?
- ha mangiato pappe o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?

Le risposte sono utilizzate in fase di analisi per ricostruire le categorie standard di allattamento e calcolarne la prevalenza:

³ AVR: istituita con Circolare n. 7 del 10/04/2014 della Direzione Sanità e Politiche sociali

⁴ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. *Public Health Nutr* 2017;20:1895-902

⁵ WHO. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO, 1991 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

- *esclusivo*: solo latte materno senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine o la soluzione di reidratazione orale)
- *predominante*: latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, té (la somma di *allattamento esclusivo* e *predominante* costituisce la categoria *allattamento completo*)
- *complementare*: latte materno con aggiunte di formula, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi
- *non allattamento*: solo formula e/o alimenti semisolidi o solidi.

Se una lattante viene inclusa nella ricerca due o più volte perché sottoposta a successive sedute vaccinali tutte comprese nel periodo di studio, in fase di analisi viene considerata una sola volta nell'arco di età 61-90 giorni e una sola volta nell'arco di età 121-150 giorni (la prima delle osservazioni registrate per ognuno dei due lassi temporali).

I dati di prevalenza dell'allattamento sono standardizzati per età per tenere conto delle possibili differenze nella distribuzione di questa variabile nella popolazione delle bambine osservate e per permettere confronti fra AUSL/ambiti⁶ o fra distretti⁷ e nel tempo. Dal 2018 si applica il metodo di standardizzazione diretta con fasce da 15 giorni, (la popolazione di riferimento è quella osservata nel 2015 suddivisa in fasce di 15 giorni di età: 61-75; 76-90 e 121-135; 136-150 giorni). I dati di prevalenza standardizzati sono presentati nella loro dimensione regionale, disaggregati a livello aziendale e, per gli esiti allattamento completo e non allattamento, anche a livello distrettuale. Il confronto con i dati del 1999 è possibile unicamente per i dati regionali e aziendali.

Ideata e avviata durante la pandemia, l'analisi dei dati di prevalenza in base alla vulnerabilità materna, calcolata sulla base dei dati CedAP, è diventata parte integrante del report. L'indice di vulnerabilità materna desunto dal CedAP (score

⁶ In questo rapporto si definiscono ambiti le ex Aziende di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini che dal 2014 sono confluite nella AUSL Romagna

⁷ Il distretto è l'articolazione della Azienda unità sanitaria locale che assicura i servizi di assistenza primaria, ivi compresi la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare – in ambulatorio e a domicilio - tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia e presidi specialistici ambulatoriali. Il distretto coordina le proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli altri servizi aziendali ed eroga prestazioni sanitarie di rilevanza sociale.

CedAP-G)⁸ viene calcolato in base a 7 caratteristiche della madre che si associano a maggiore probabilità di non allattare a 3 e a 5 mesi:

- nazionalità italiana (1 punto)
- abitudine al fumo di sigaretta anche pregressa (1 punto)
- obesità (2 punti) e sovrappeso (1 punto)
- mancata partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita (1 punto)
- scolarità da primaria a secondaria (1 punto)
- primiparità (1 punto)
- età <18 o >35 anni (1 punto)

Sulla base di queste variabili si ottiene uno score totale che va da 0 a 8: maggiore è l'indice maggiore è la vulnerabilità materna stimata sulla base dei dati del flusso CedAP. I singoli score sono poi aggregati in fase di analisi, sulla base delle frequenze osservate, per costituire quattro classi: score 0-1, score 2, score 3-4, score 5-8.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma STATA 15.1 (Stata Corp, College Station, TX, USA).

Per un confronto con altre regioni italiane che hanno un sistema di monitoraggio stabile sono state contattate direttamente le professioniste coinvolte nei progetti di monitoraggio dell'allattamento.

⁸ Per la descrizione del metodo di calcolo dello score CedAP-G vedere il report allattamento 2021 e la pubblicazione in lingua inglese Di Mario S, Gagliotti C, Cattaneo A, Battaglia S, Cisbani L, Franchi F; Regional Breastfeeding Group. Impact of COVID-19 Pandemic on Breastfeeding by Family Vulnerability: An Observational Study Based on Record Linkage. Breastfeed Med. 2023 Dec;18(12):921-927.

3. Risultati

Di seguito i risultati organizzati in sezioni:

- popolazione vaccinata, flusso AVR
- prevalenza allattamento
- analisi temporale: dieci anni di monitoraggio
- allattamento e classi di vulnerabilità
- *benchmarking* esterno: confronto con altre realtà italiane.

In appendice si riportano i dati di prevalenza per singola azienda.

Popolazione vaccinata, flusso AVR

Sono stati raccolti dati relativi a 33.569 momenti vaccinali relativi a 17.891 vaccinazioni in bambine di circa tre mesi di età (prima vaccinazione) e 15.678 vaccinazioni in bambine di circa cinque mesi di età (seconda vaccinazione). L'informazione relativa all'alimentazione è disponibile e interpretabile per il 98.7% (33.137 osservazioni in 22.876 lattanti) degli eventi vaccinali (tabella I):

- per 7.417 lattanti (32.4%) il dato è stato raccolto solo alla prima vaccinazione
- per 5.198 lattanti (22.7%) il dato è stato raccolto solo alla seconda vaccinazione
- per 10.261 lattanti il dato (44.9%) è stato raccolto due volte, una alla prima e una alla seconda vaccinazione.

Tabella I. Monitoraggio, 1999, 2015 e ultimi 5 anni: schede e popolazione.

| | 1999 | 2015 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---------------------------------|-------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Schede raccolte | 3.820 | 15.263 | 36.825 | 36.046 | 36.173 | 34.681 | 33.569 |
| Schede informative ^a | 2.849 | 14.044 | 35.474 | 34.856 | 29.405 | 34.268 | 33.137 |
| I vacc. (61-90 gg) | 1.640 | 7.861 | 18.769 | 18.419 | 16.432 | 18.075 | 17.678 |
| II vacc. (121-150 gg) | 1.209 | 6.183 | 16.705 | 16.437 | 12.973 | 16.193 | 15.459 |
| Sesso maschile | 52% | 51% | 51% | 52% | 51% | 51% | 51% |
| Nazionalità materna italiana | nd | 68% ^b | 66% ^c | 68% ^c | 68% ^d | 69% ^b | 68% ^b |

^a contenenti dati sull'allattamento interpretabili (no dati mancanti o impossibili); nd=dato non disponibile; dato disponibile da CedAP per il ^b95% delle schede; ^c 64% delle schede; ^d 83% delle schede.

Le schede con dati mancanti sull'allattamento sono 103, pari a 0.3% del totale come media regionale; le schede con dati allattamento inseriti ma impossibili (ad esempio:

tutte e quattro le risposte negative) sono 329, pari a 1.0% del totale come media regionale (tabella II).

Tabella II. Caratteristiche delle schede per AUSL/ambito, anno 2024.

| AUSL/ambiti | schede inserite | schede informative | dati mancanti | % mancanti | dati impossibili | % impossibili |
|---------------|-----------------|--------------------|---------------|-------------|------------------|---------------|
| Piacenza | 2.449 | 2.441 | 0 | 0.0% | 8 | 0.3% |
| Parma | 3.661 | 3.655 | 0 | 0.0% | 6 | 0.2% |
| Reggio Emilia | 4.261 | 4.161 | 0 | 0.0% | 100 | 2.3% |
| Modena | 6.204 | 6.117 | 0 | 0.0% | 87 | 1.4% |
| Bologna | 6.786 | 6.751 | 5 | 0.1% | 30 | 0.4% |
| Imola | 909 | 906 | 3 | 0.3% | 0 | 0.0% |
| Ferrara | 2.162 | 2.158 | 0 | 0.0% | 4 | 0.2% |
| Ravenna | 2.697 | 2.662 | 13 | 0.5% | 22 | 0.8% |
| Forlì | 1.388 | 1.355 | 10 | 0.7% | 23 | 1.7% |
| Cesena | 1.478 | 1.454 | 12 | 0.8% | 12 | 0.8% |
| Rimini | 1.574 | 1.477 | 60 | 3.8% | 37 | 2.4% |
| Totale | 33.569 | 33.137 | 103 | 0.3% | 329 | 1.0% |

Il numero di lattanti per le quali è possibile procedere al link con i dati del flusso CedAP per il 2024 è pari a 32.014, una percentuale, quindi, molto elevata: solo per 1.555 (4.6%) il link non è stato possibile, con qualche differenza fra azienda/ambito (tabella III).

Tabella III. Schede non linkate al flusso CedAP per AUSL/ambito, anno 2024.

| AUSL/ambiti | schede inserite | % link CedAP mancante |
|----------------|-----------------|-----------------------|
| Piacenza | 2.449 | 10.3% |
| Parma | 3.661 | 7.1% |
| Reggio Emilia | 4.261 | 3.6% |
| Modena | 6.204 | 4.5% |
| Bologna | 6.786 | 4.1% |
| Imola | 909 | 3.0% |
| Ferrara | 2.162 | 4.8% |
| Ravenna | 2.697 | 2.9% |
| Forlì | 1.388 | 2.6% |
| Cesena | 1.478 | 2.4% |
| Rimini | 1.574 | 3.1% |
| Regione | 33.569 | 4.6% |

La quota di figli di donne straniere si conferma simile a quella degli anni precedenti e pari a 32% (tabella IV).

Il dato, tratto dal link con il flusso CedAP, non mostra sostanziali modifiche nel tempo rispetto ai paesi e alle macro-aree di provenienza della madre (figure 1 e 2).

Tabella IV. Paese di provenienza (macro-aree) delle madri dei bambini vaccinati, link flusso CedAP, periodo 2020-2024.

| Macro-aree di provenienza* | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|----------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Italia | 15.523 | 66 | 15.633 | 68 | 16.789 | 68 | 22.601 | 69 | 21.771 | 68 |
| Africa | 2.748 | 12 | 2.636 | 11 | 2.859 | 12 | 3.677 | 11 | 3.863 | 12 |
| Altri paesi europei | 1.823 | 8 | 1.811 | 8 | 2.096 | 8 | 2.568 | 8 | 2.438 | 8 |
| Asia | 1.827 | 8 | 1.624 | 7 | 1.490 | 6 | 2.115 | 7 | 2.259 | 7 |
| Unione Europea | 1.193 | 5 | 1.123 | 5 | 1.156 | 5 | 1.436 | 4 | 1.266 | 4 |
| America | 317 | 1 | 322 | 1 | 305 | 1 | 396 | 1 | 413 | 1 |
| Oceania-Apolidi | 5 | 0 | 9 | 0 | 3 | 0 | 8 | 0 | 3 | 0 |
| Regione | 23.436 | 100 | 23.158 | 100 | 24.698 | 100 | 32.801 | 100 | 32.013 | 100 |

*calcolate sulla base dei codici ISTAT.

Figura 1. Vaccinate, figlie di madri straniere: distribuzione % per paese di provenienza materna, elaborazione link flusso CedAP (primi 10 paesi più rappresentati), 2024.

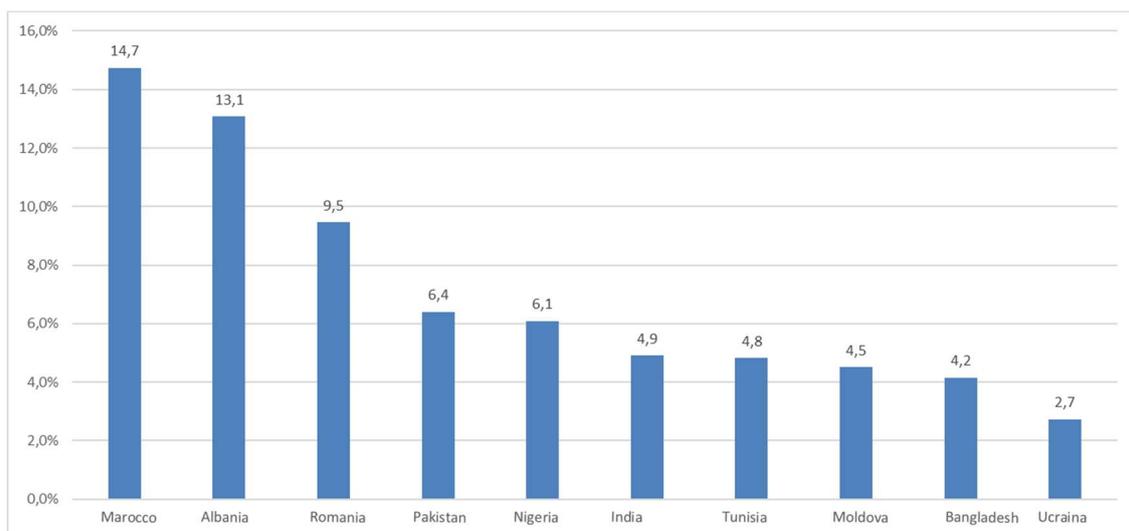
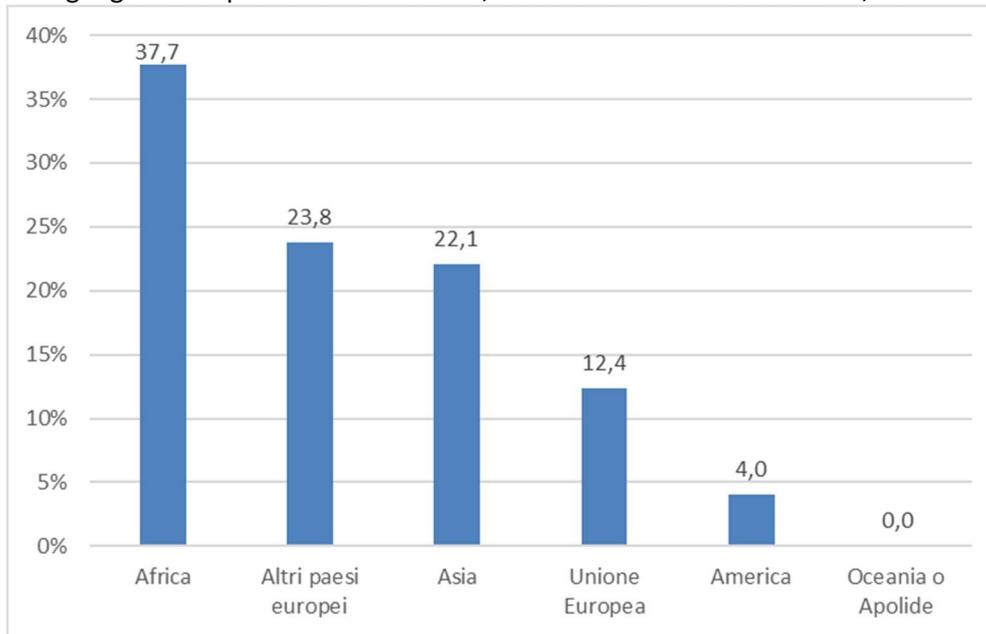


Figura 2. Vaccinati, figli di madri straniere: distribuzione % per macroarea geografica di provenienza materna, elaborazione link flusso CedAP, 2024.



La distribuzione della variabile età nella popolazione dei vaccinati (33.569 osservazioni), utilizzando le due fasce di 15 giorni al momento della prima e della seconda vaccinazione, è riportata in tabella V.

Tabella V. Distribuzione dell'età alla prima e seconda vaccinazione, anno 2024.

| Gruppi di età giorni | I vaccinazione | | II vaccinazione | |
|-------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|
| | n | % | n | % |
| 61-75 | 16.031 | 90 | | |
| 76-90 | 1.860 | 10 | | |
| 121-135 | | | 8.324 | 53 |
| 136-150 | | | 7.354 | 47 |
| Totale | 17.891 | 100 | 15.678 | 100 |

La distribuzione dell'età alla vaccinazione segue andamenti solo lievemente differenti nelle singole AUSL/ambiti per la prima vaccinazione (figura 3) mentre alla seconda vaccinazione le differenze sono molto più marcate (figura 4).

Figura 3. Distribuzione dell'età alla prima vaccinazione per AUSL/ambito, anno 2024.

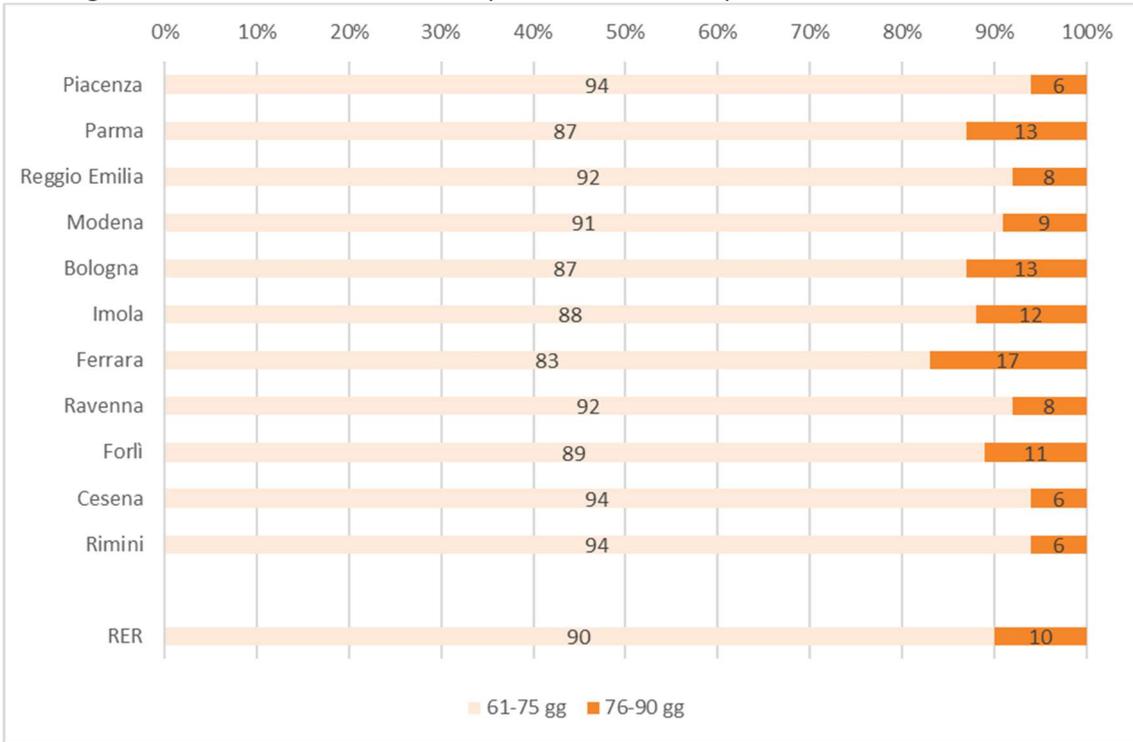
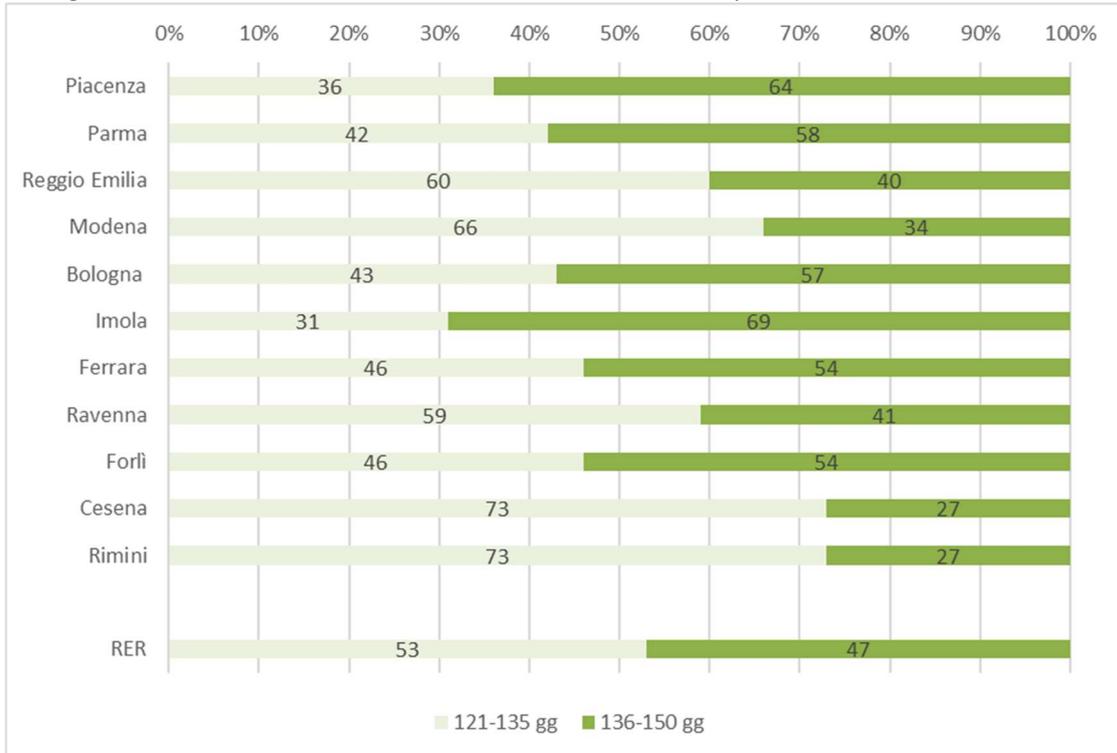


Figura 4. Distribuzione dell'età alla seconda vaccinazione per AUSL/ambito, anno 2024.



Prevalenza allattamento

La prevalenza media regionale di allattamento completo a tre mesi è pari a 56.0%, stabile rispetto al 2022 (figura 5). A cinque mesi la prevalenza media è pari a 49.9%, in lieve aumento rispetto all'anno passato (+0.5%), ma soprattutto rispetto ai primi anni di rilevazione (figura 6).

Figura 5. Prevalenza delle categorie di allattamento a 3 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2024.

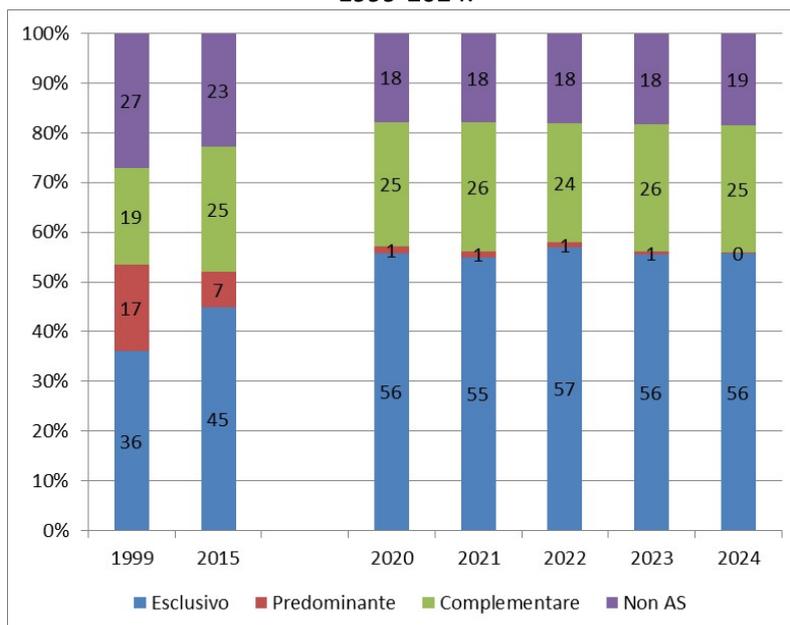
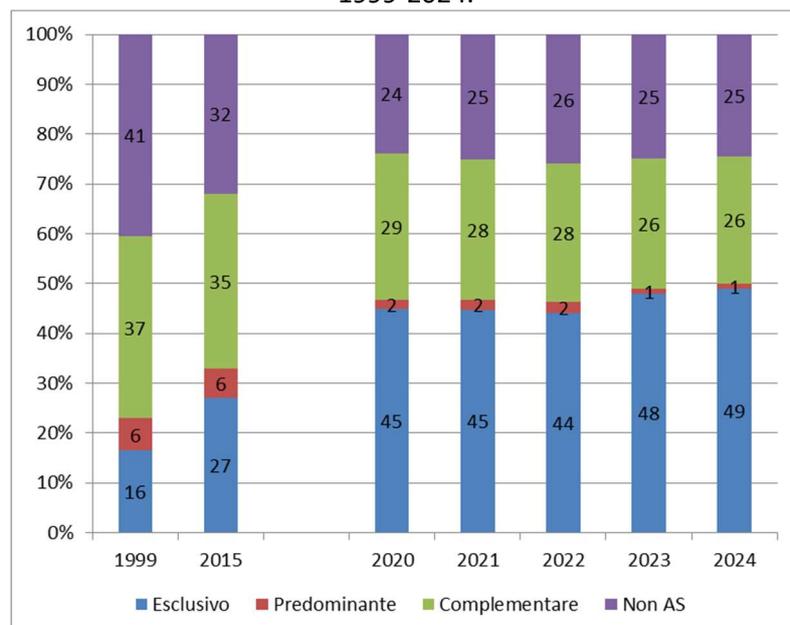
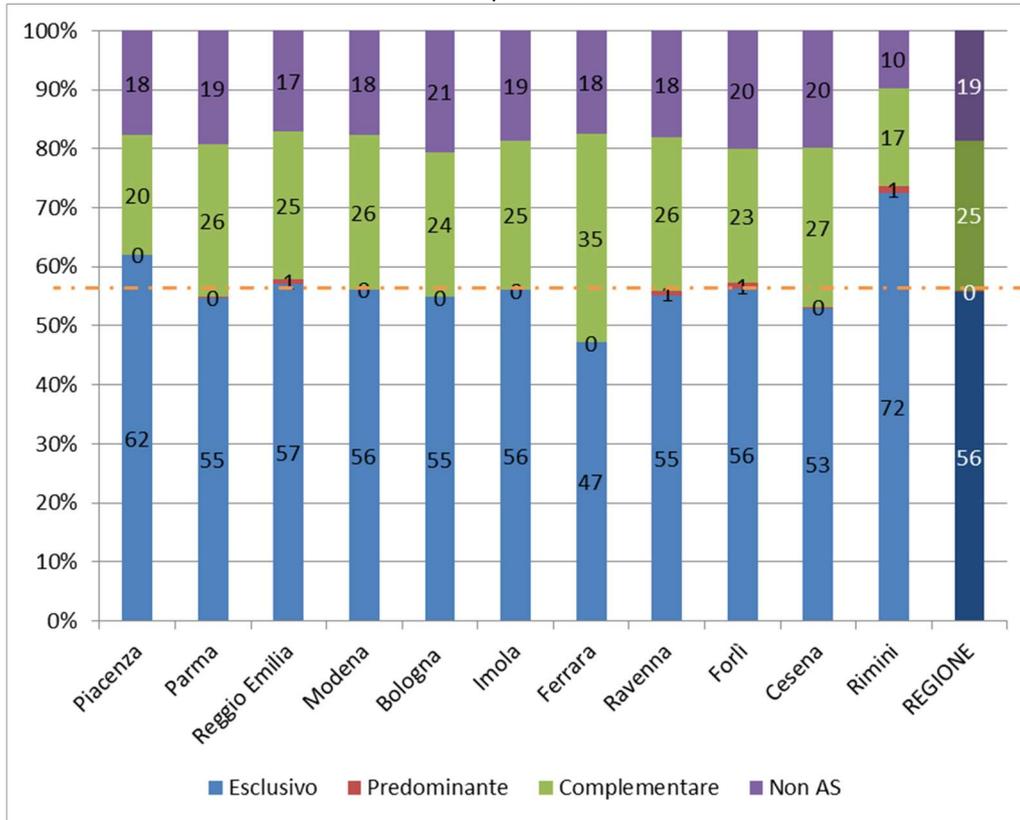


Figura 6. Prevalenza delle categorie di allattamento a 5 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2024.



A livello di AUSL/ambito, la prevalenza di allattamento completo a tre mesi è compresa fra 47.1% e 73.7%, mentre quella di *non* allattamento fra 9.7% e 20.6% (figura 7).

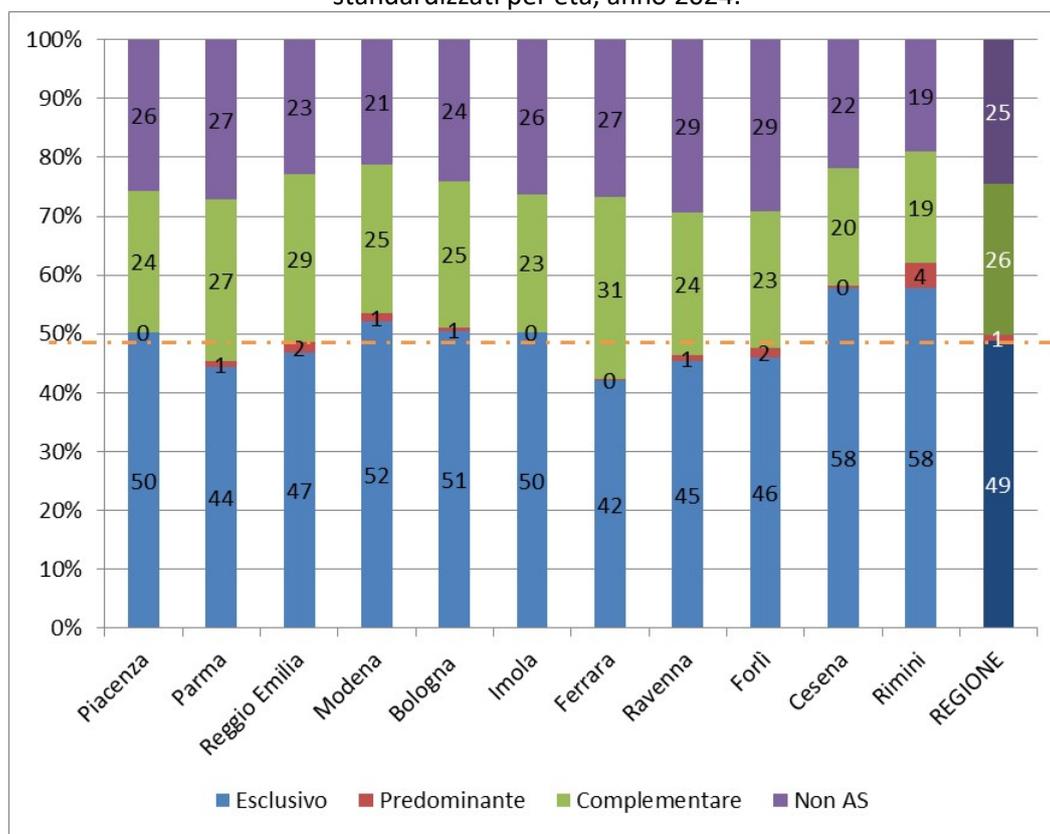
Figura 7. Prevalenza delle diverse categorie di allattamento a 3 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2024.



Linea tratteggiata arancione: allattamento completo a tre mesi, media regionale 56.0%.

A cinque mesi la variabilità della prevalenza di allattamento completo è compresa fra 42.2% e 62.2%, quella di *non* allattamento fra 19.0% e 29.3% (figura 8).

Figura 8. Prevalenza delle diverse categorie di allattamento a 5 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2024.



Linea tratteggiata arancione: allattamento completo a cinque mesi, media regionale 49.9%.

Le differenze si accentuano passando a livello distrettuale: a tre mesi di vita la prevalenza di allattamento completo varia da 41.0% a 75.2% nei diversi distretti (figura 9); a cinque mesi di vita da 29.8% a 71.8% (figura 10).

Il campione di dati consente di avere una stima precisa della prevalenza di allattamento completo a livello regionale e aziendale/di ambito anche dopo aver introdotto la standardizzazione per età (figure 11 e 12). A livello distrettuale, invece, il range della stima della prevalenza a tre mesi risulta superiore a $\pm 10\%$ in diversi distretti: Piacenza Levante e Ponente, Valli Taro e Ceno, Montecchio Emilia, Guastalla, Scandiano, Castelnuovo né Monti, Pavullo nel Frignano, Faenza, Cesena Valle del Savio, Rubicone e Riccione; le stime di prevalenza standardizzata per età alla prima vaccinazione in questi distretti vanno quindi interpretate con cautela. Come nel passato non si rilevano problemi di accuratezza delle stime alla seconda vaccinazione: soltanto nel distretto di Castelnuovo né Monti si rileva un range $\pm 10\%$ rispetto alla stima puntuale (figure 13 e 14).

Figura 9. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2024.

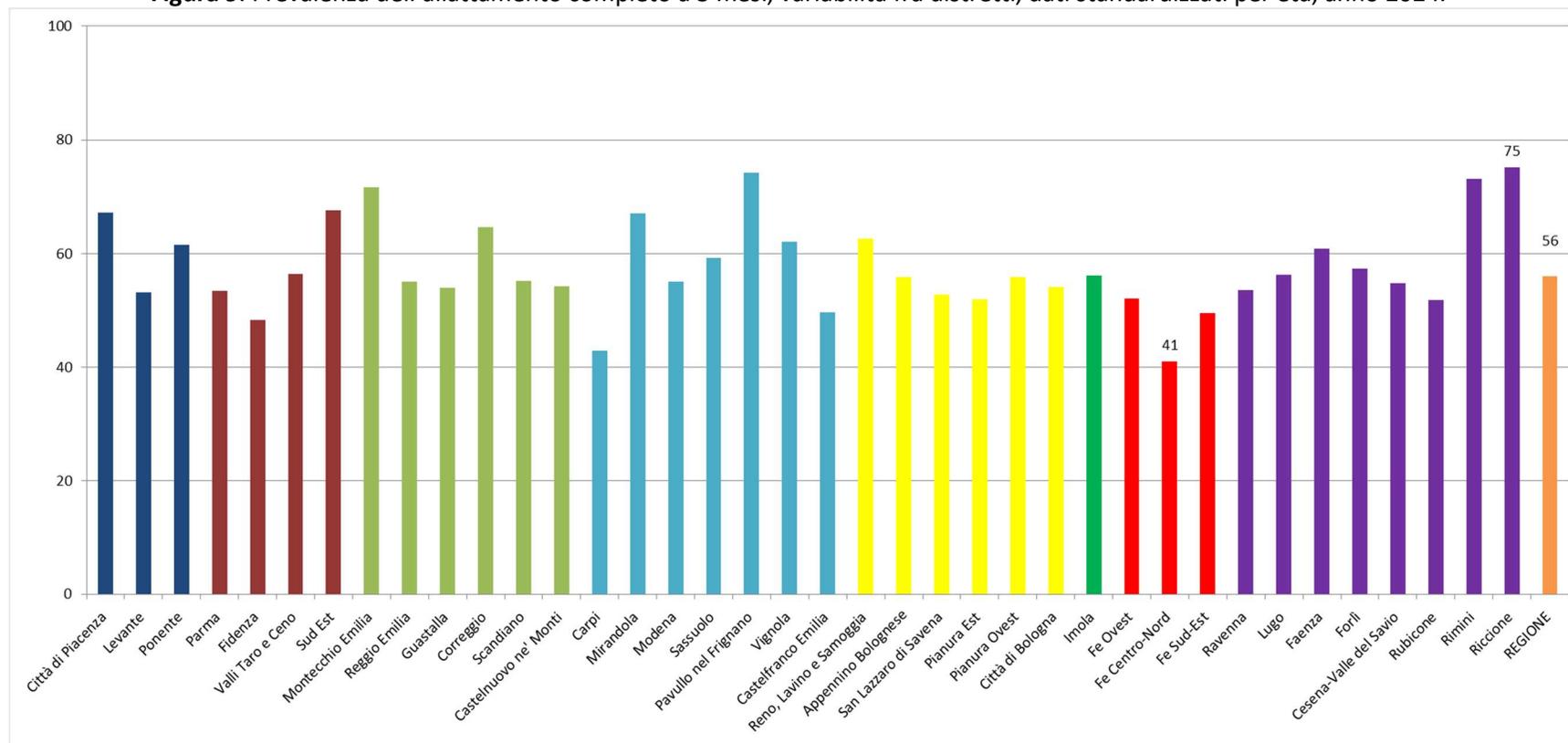


Figura 10. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2024.

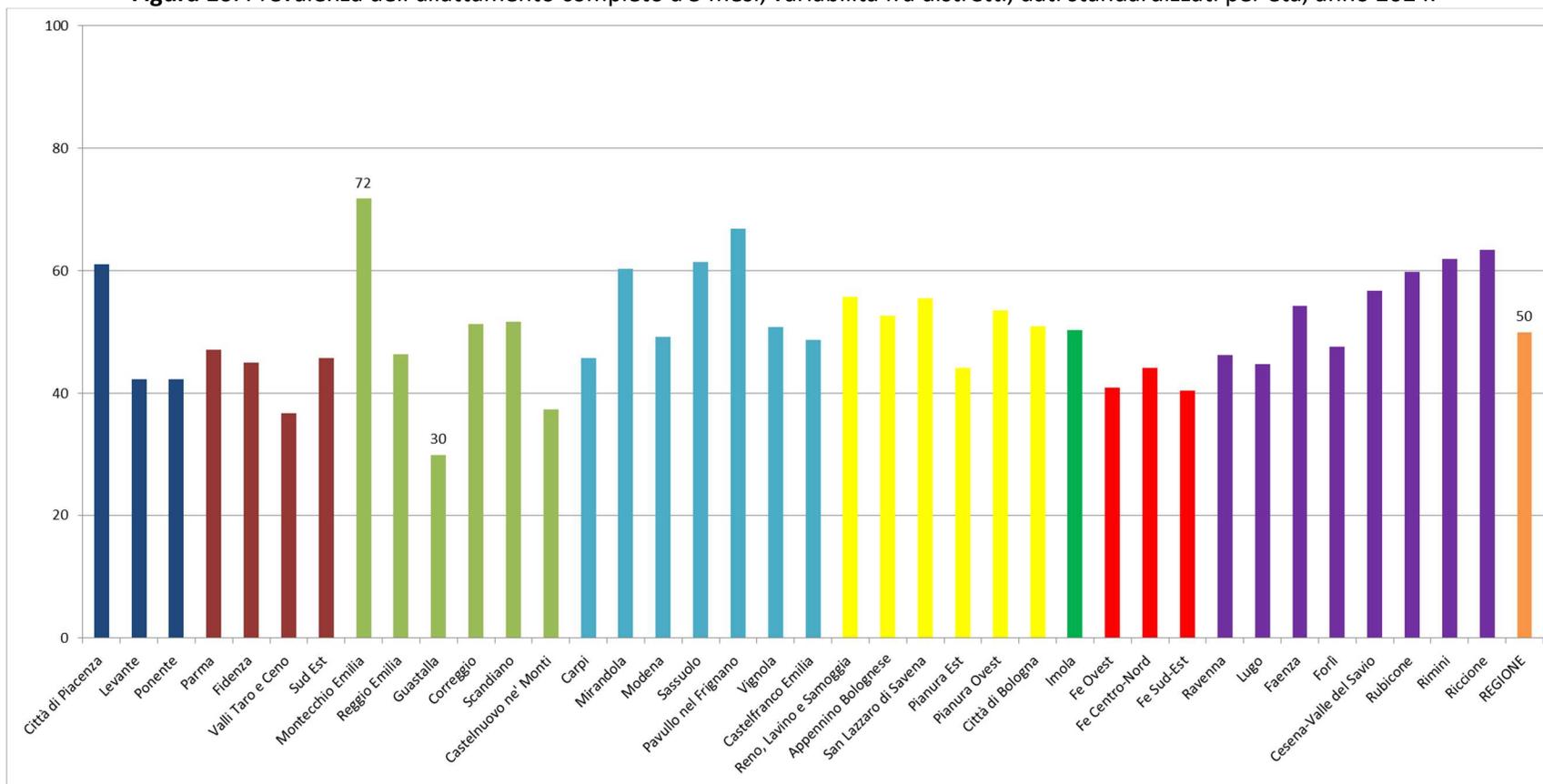


Figura 11. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2024.

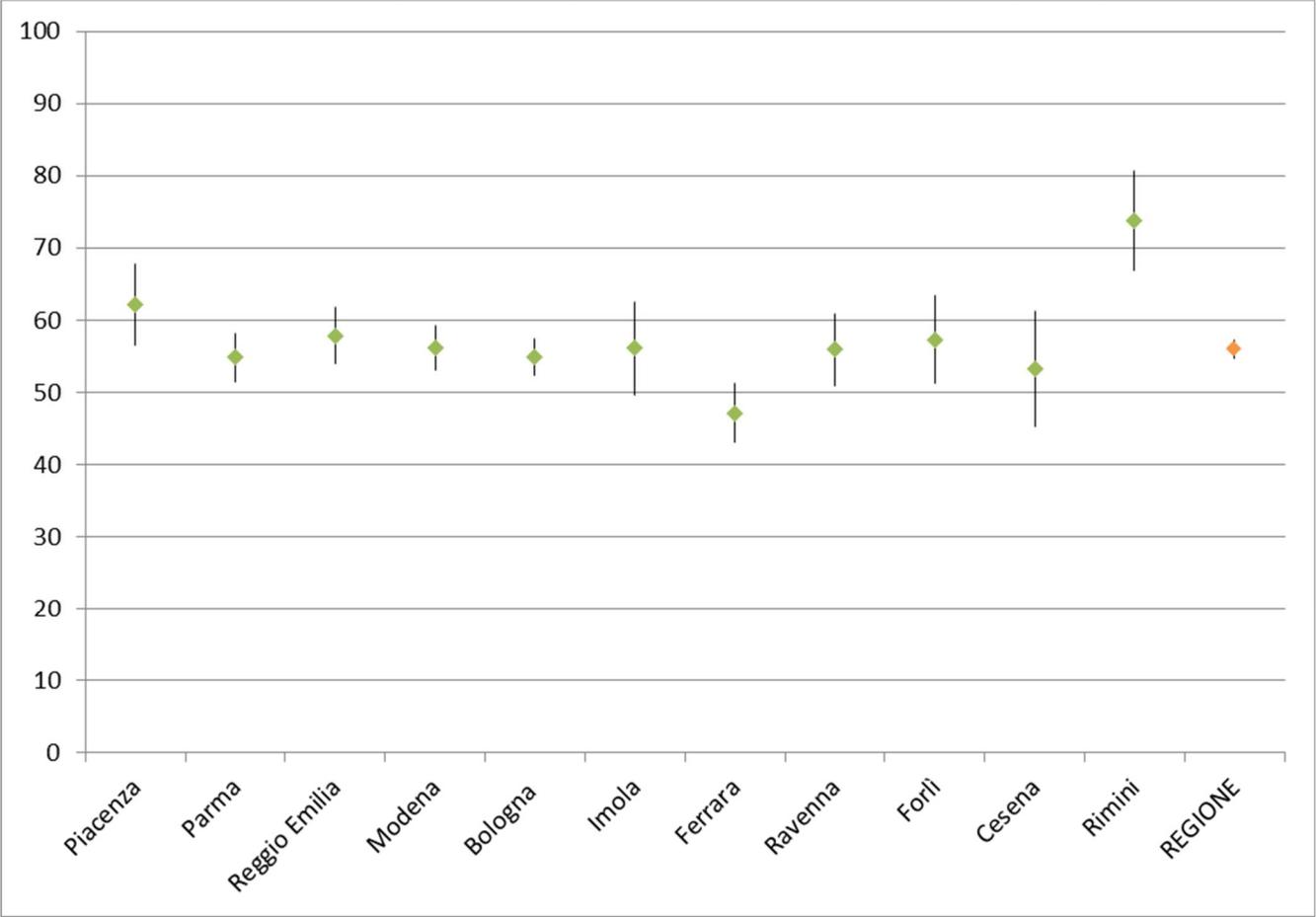


Figura 12. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2024.

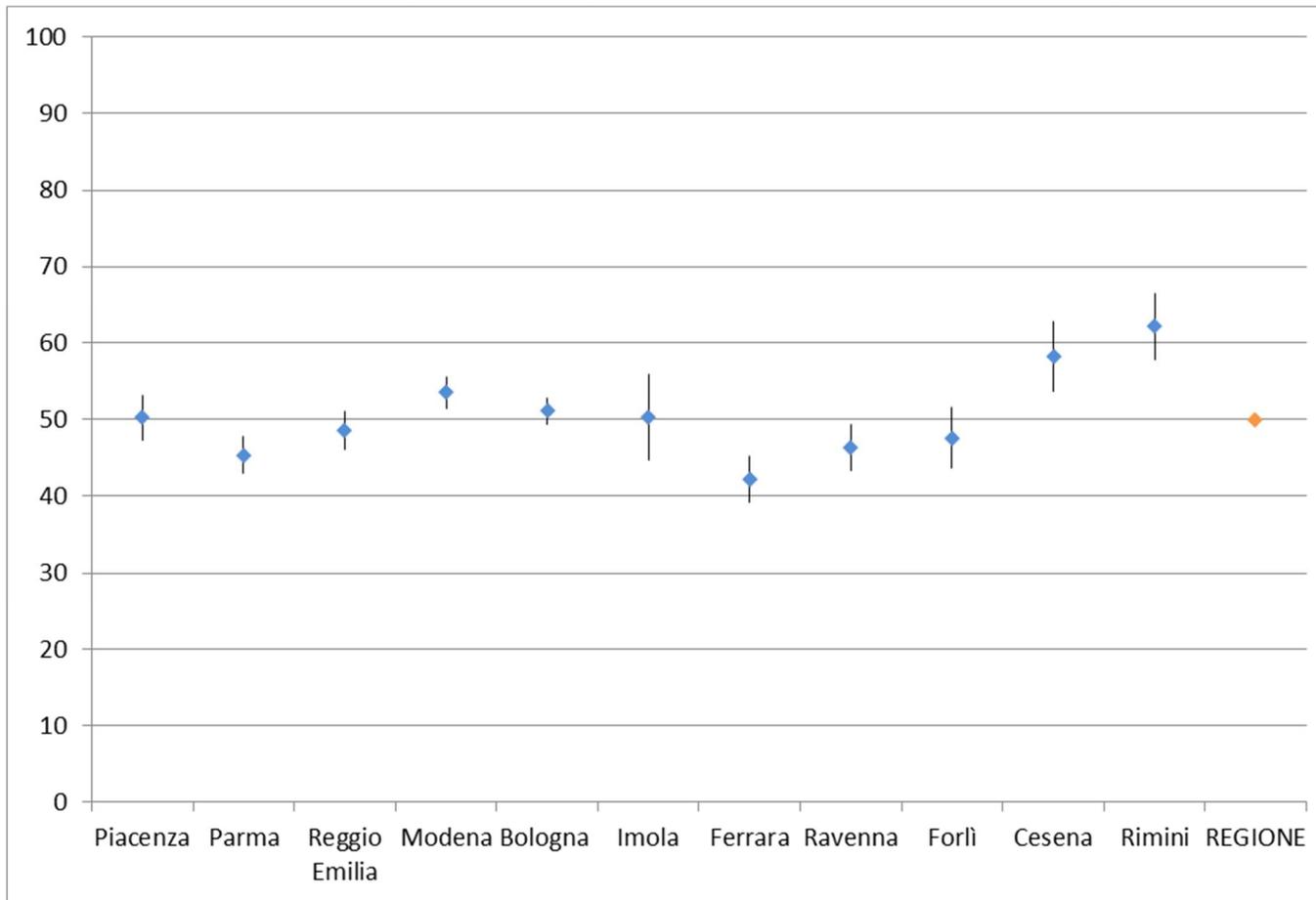


Figura 13. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2024.

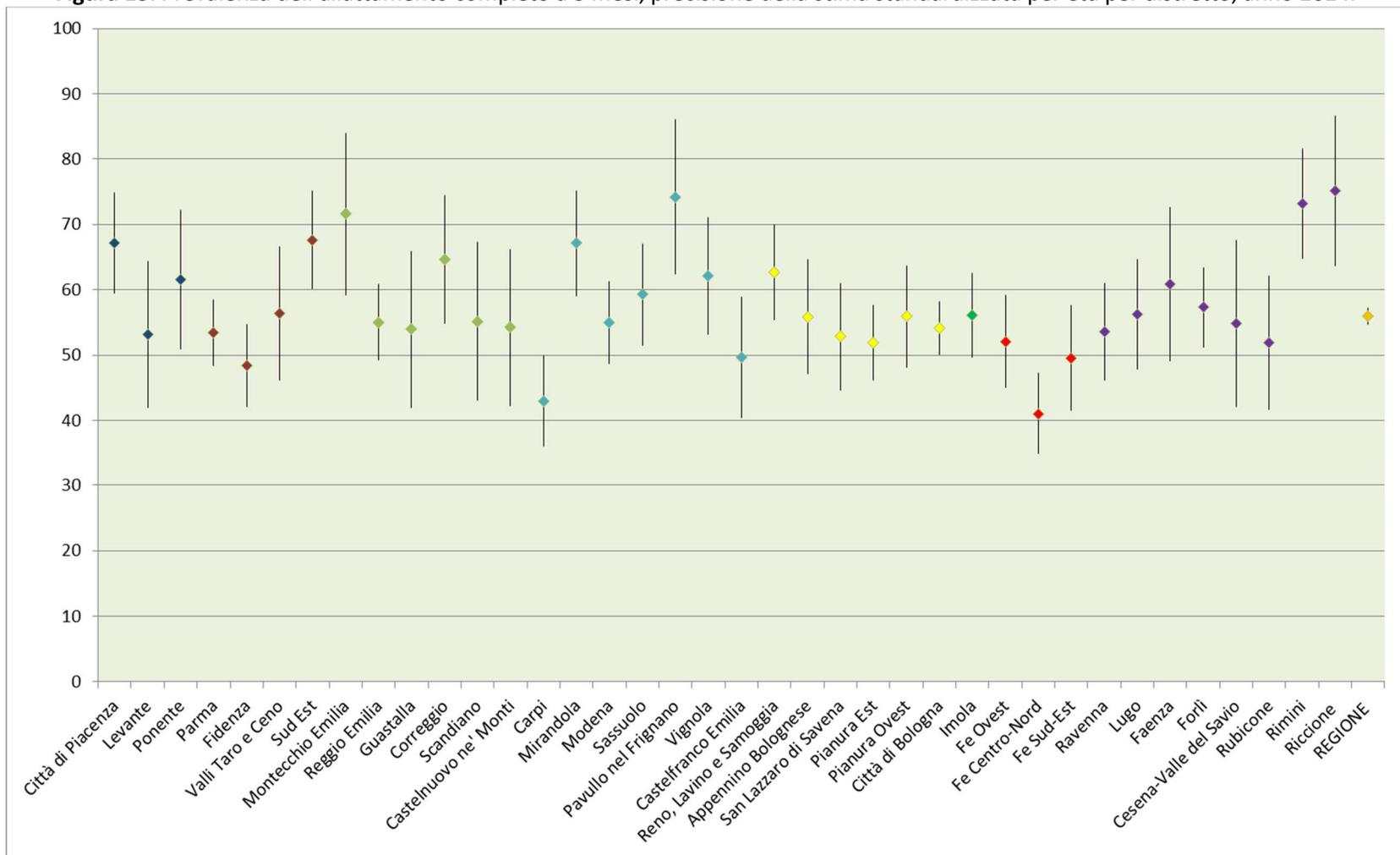
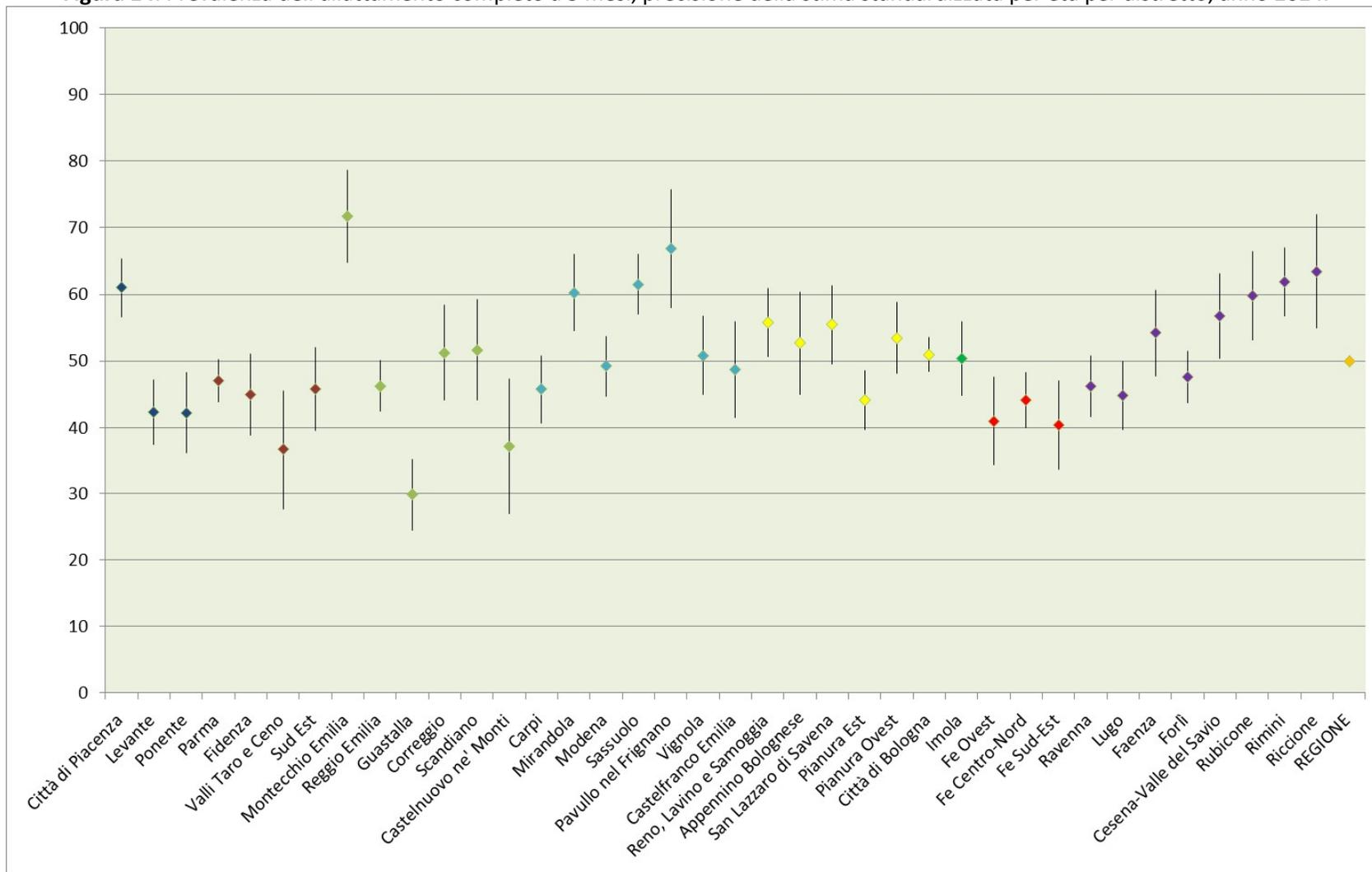


Figura 14. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2024.



Come negli anni precedenti, si è proceduto al collegamento fra banca dati AVR e CedAP anche per verificare quanto il campione monitorato sia rappresentativo della popolazione generale che partorisce in Regione Emilia-Romagna: il link è stato possibile per 95.4% delle schede considerate (32.014/33.569). Le caratteristiche delle madri incluse nel monitoraggio sono riportate in tabella V e risultano sovrapponibili a quella della intera popolazione di donne che ha partorito in Regione nel 2024. Anche per le variabili relative alla gravidanza e parto le due popolazioni non differiscono (tabella VI).

Tabella V. Dati generali madri AVR e CedAP, 2024.

| Variabile | madre-AVR | madre-CedAP |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| | % | % |
| italiana | 68,0 | 69,0 |
| coniugata | 56,2 | 55,6 |
| scolarità | | |
| <i>elementari-medie</i> | 21,4 | 21,2 |
| <i>superiori</i> | 39,5 | 39,6 |
| <i>laurea</i> | 39,1 | 39,3 |
| stato | | |
| <i>occupata</i> | 68,2 | 68,1 |
| <i>non occupata</i> | 30,9 | 31,0 |
| <i>studentessa</i> | 0,9 | 0,9 |
| età* | | |
| <18 | 0,1 | 0,1 |
| 18-34 | 65,0 | 64,4 |
| ≥35 | 34,9 | 35,5 |
| pluripara | 49,1 | 49,6 |
| fumo^ | | |
| <i>no</i> | 83,7 | 83,7 |
| <i>smesso</i> | 10,5 | 10,6 |
| <i>sì</i> | 5,8 | 5,7 |
| BMI | | |
| <i>normopeso</i> | 59,8 | 60,2 |
| <i>sottopeso</i> | 5,9 | 6,0 |
| <i>sovrappeso</i> | 22,0 | 22,0 |
| <i>obesa</i> | 12,3 | 11,8 |

**per questo confronto le classi di età sono state riformulate. Nelle successive analisi allattamento la categoria di riferimento è 18-35.*

^ per questo confronto sono stati considerati i dati di tutti i punti nascita del flusso CedAP, senza esclusione degli outlier, come invece nel report CedAP.

Tabella VI. Caratteristiche di gravidanza e parto, AVR e CedAP, 2024.

| Variabile | Gravidanza e parto AVR % | Gravidanza e parto CedAP % |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| assistenza pubblica in gravidanza | 70,5 | 70,2 |
| corso accompagnamento alla nascita | | |
| <i>sì</i> | 39,3 | 38,7 |
| <i>no, già fatto</i> | 15,2 | 16,1 |
| <i>no</i> | 45,5 | 45,2 |
| gravidanza fisiologica | 63,7 | 64,1 |
| parto | | |
| <i>vaginale non operativo</i> | 72,3 | 72,2 |
| <i>vaginale operativo</i> | 5,1 | 4,9 |
| <i>taglio cesareo</i> | 22,6 | 22,9 |
| durata gravidanza | | |
| <i>parto a termine</i> | 93,0 | 92,6 |
| <i>parto pretermine</i> | 5,8 | 6,1 |
| <i>parto post-termine</i> | 1,2 | 1,2 |
| peso neonatale | | |
| <i>normale</i> | 88,1 | 87,5 |
| <i>basso</i> | 5,7 | 6,2 |
| <i>macrosoma</i> | 6,2 | 6,3 |
| lattante sesso femminile | 48,7 | 48,6 |
| procreazione medicalmente assistita | 4,0 | 3,9 |
| epidurale durante il parto [^] | 32,2 | 36,3 |
| feto singolo | 97,6 | 97,3 |

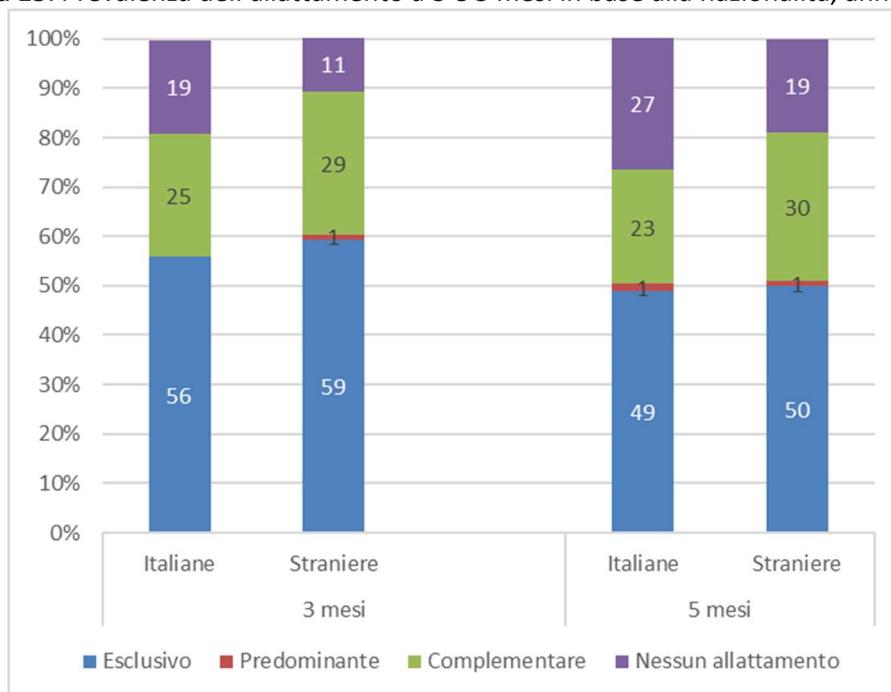
[^]CedAP calcola la frequenza di epidurale solo in parti con travaglio.

Nel 2024 la prevalenza di allattamento completo a tre mesi e cinque mesi è leggermente superiore, in maniera statisticamente significativa, nelle lattanti di sesso femminile (questa differenza nel 2023, pur rilevata, non raggiungeva la significatività statistica). In particolare a tre mesi è pari a 56.1% nei maschi e 57.8% nelle femmine (OR maschi vs femmine: 0.93; IC95%: 0.88, 0.99), a cinque mesi è 48.9% nei maschi e 51.0% nelle femmine (OR maschi vs femmine: 0.92; IC95%: 0.86, 0.98). Il tasso di *non* allattamento non differisce in base al sesso a tre mesi, a cinque mesi è appena superiore nei maschi e pari a 24.8%, mentre nelle femmine è pari a 23.5% (OR maschi vs femmine: 1.08; IC95%: 1.00, 1.16).

A tre mesi la prevalenza di allattamento completo nelle donne italiane (56.0%) è inferiore a quella delle donne straniere (59.6%; OR italiane vs straniere: 0.86; IC95%: 0.81, 0.92); quella di *non* allattamento è pari a 18.5% nelle italiane e 11.2% nelle straniere (OR italiane vs straniere: 1.80; IC95%: 1.63, 1.98). A cinque mesi la

prevalenza di allattamento completo non differisce fra italiane rispetto e straniere (50.0% vs 50.8% nelle straniere); come in passato si conferma la differenza in termini di *non* allattamento: 26.5% nelle italiane e 18.5% nelle straniere (OR italiane vs straniere: 1.59; IC95%: 1.46, 1.73) (figura 15).

Figura 15. Prevalenza dell'allattamento a 3 e 5 mesi in base alla nazionalità, anno 2024.

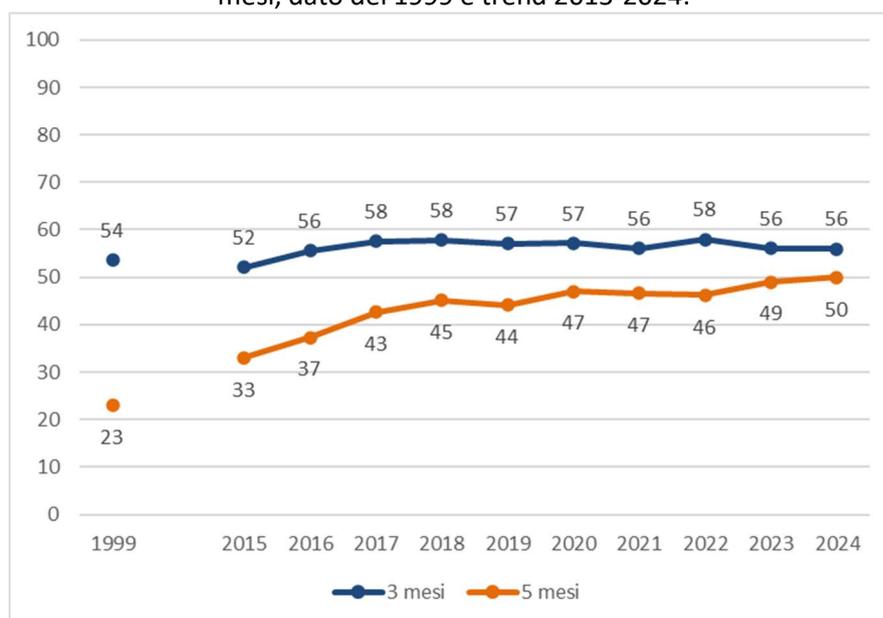


Dieci anni di monitoraggio

Il monitoraggio completamente informatizzato e annuale, avviato nel 2015, e giunto al suo decimo anni, ci consente di allargare lo sguardo per cogliere un trend regionale più ampio, che può indirizzare le nostre azioni di miglioramento. Riportiamo come punto di partenza il dato di allattamento completo e di non allattamento a tre e cinque mesi rilevati nel primo monitoraggio del 1999, per poi riportare i tassi degli ultimi 10 anni.

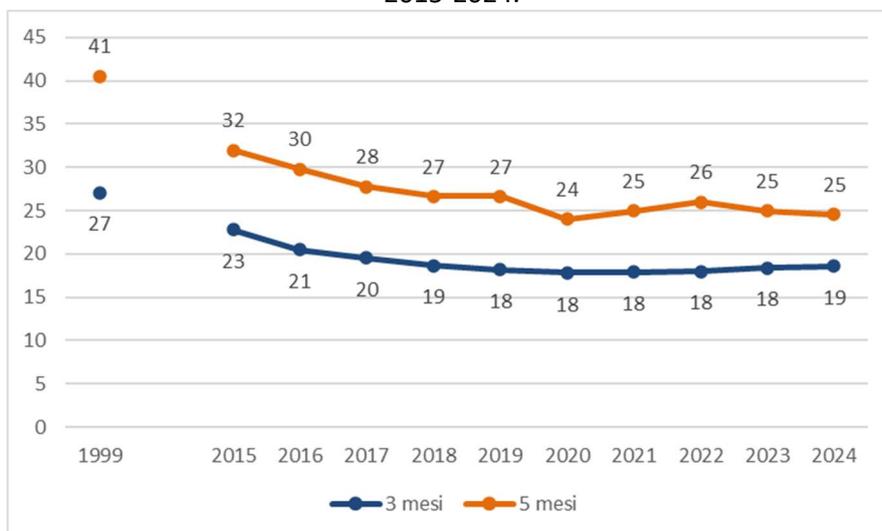
Sul lungo periodo è ancora più evidente la sostanziale stabilità del dato di allattamento completo a tre mesi (figura 16), poco migliorato nell'arco temporale considerato (+2% rispetto al 1999 e +4% rispetto al 2015), a differenza del dato a cinque mesi, che mostra un evidente incremento (+27% rispetto al 1999 e +17% rispetto al 2015), con le due linee che tendono a convergere.

Figura 16. Prevalenza dell'allattamento completo (solo latte materno senza formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2024.



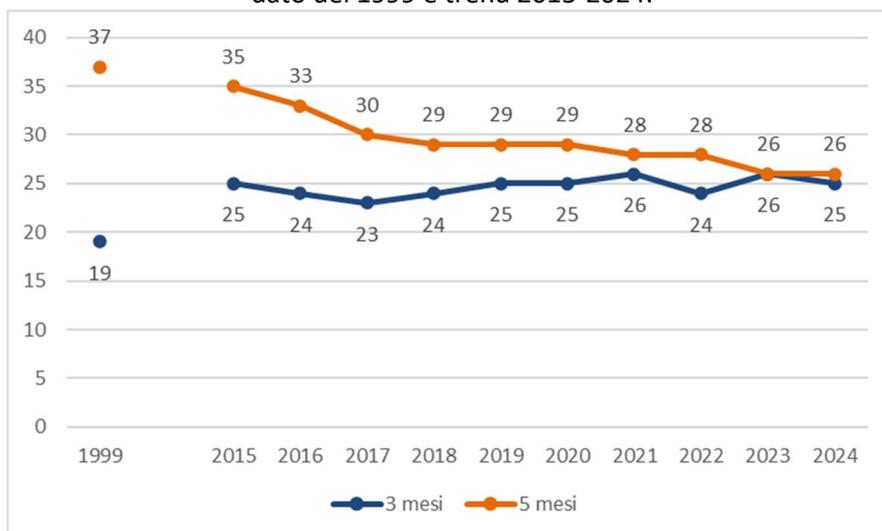
Questo andamento non è presente nella curva del non allattamento, che nel tempo, sia nella rilevazione condotta a tre mesi di vita che in quella a cinque mesi evidenzia una riduzione progressiva con andamento simile nei due momenti (figura 17). A tre mesi il miglioramento, cioè la riduzione del tasso di non allattamento, è contenuto, ma statisticamente significativo (-8% rispetto al 1999 e -4% rispetto al 2015). A cinque mesi la riduzione è più netta (-16% rispetto al 1999 e -7% rispetto al 2015), ma non si evidenzia quella tendenza delle due linee a convergere.

Figura 17. Prevalenza di non allattamento (solo formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2024.



Diverso ancora è l'andamento nel tempo della prevalenza di allattamento complementare, in cui il/la lattante prende sia latte materno che formula: nel passato era maggiore questa quota nei/nelle lattanti di 5 mesi; nel tempo la stabilità del dato a 3 mesi (+6% rispetto al 1999 e nessuna differenza rispetto alla rilevazione del 2015) e la progressiva riduzione a 5 mesi (-11% rispetto al 1999 e -9% rispetto al 2015) ha portato le due curve a sovrapporsi: nel 2024 la quota di alimentazione complementare a 3 e 5 mesi è rispettivamente di 25% e 26% (figura 18).

Figura 18. Prevalenza di allattamento complementare (latte materno e formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2024.



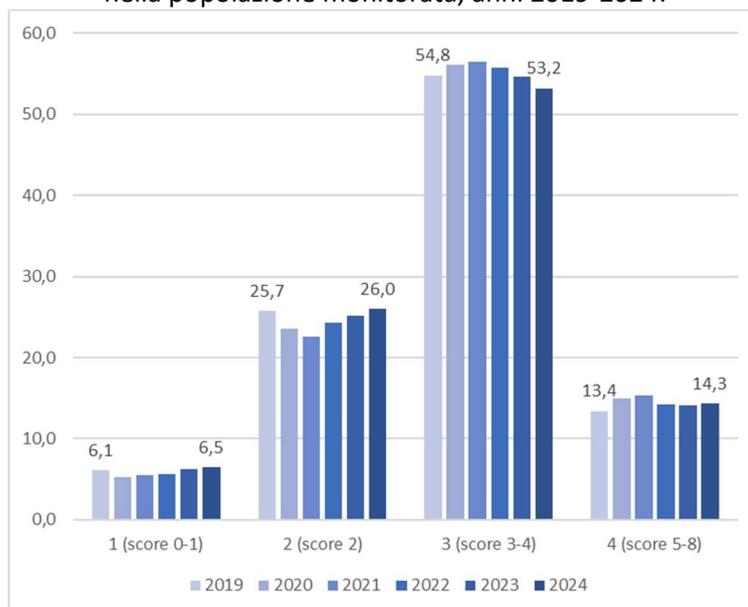
Analisi in base allo score di vulnerabilità

Partita durante la pandemia, l'analisi dei dati di prevalenza in base della vulnerabilità materna (calcolata sulla base dei dati CedAP), proxy della vulnerabilità familiare, è diventata parte integrante del report.

È stato possibile calcolare lo score CedAP-G (tutte le variabili necessarie presenti) per 30.976 record sul totale di 33.569 (92.3%).

La distribuzione delle fasce di vulnerabilità nella popolazione di lattanti vaccinati nel periodo 2019-2024 evidenzia un sostanziale ritorno ai livelli prepandemici dopo l'incremento delle classi a maggiore vulnerabilità (classe 3 e classe 4) rilevate nel 2020 e nel 2021 (figura 19).

Figura 19. Distribuzione delle classi di vulnerabilità (score CedAP-G) nella popolazione monitorata, anni 2019-2024.



La prevalenza di allattamento completo a tre e cinque mesi nelle diverse classi di vulnerabilità si conferma significativamente superiore nelle classi a minore vulnerabilità (figura 20). Il tasso di allattamento completo nel periodo 2019-2024 per fasce di vulnerabilità a 3 mesi di vita rimane pressoché costante con minime oscillazioni (un aumento statisticamente significativo si rileva solo nella classe di vulnerabilità 2), mentre si evidenzia un lieve ma significativo aumento del tasso di allattamento completo a 5 mesi in tutte le classi di vulnerabilità, anche se con una intensità lievemente decrescente al crescere del livello di vulnerabilità (tabella VII).

Figura 20. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 (pv) e 5 (sv) mesi in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G): anni 2019-2024.

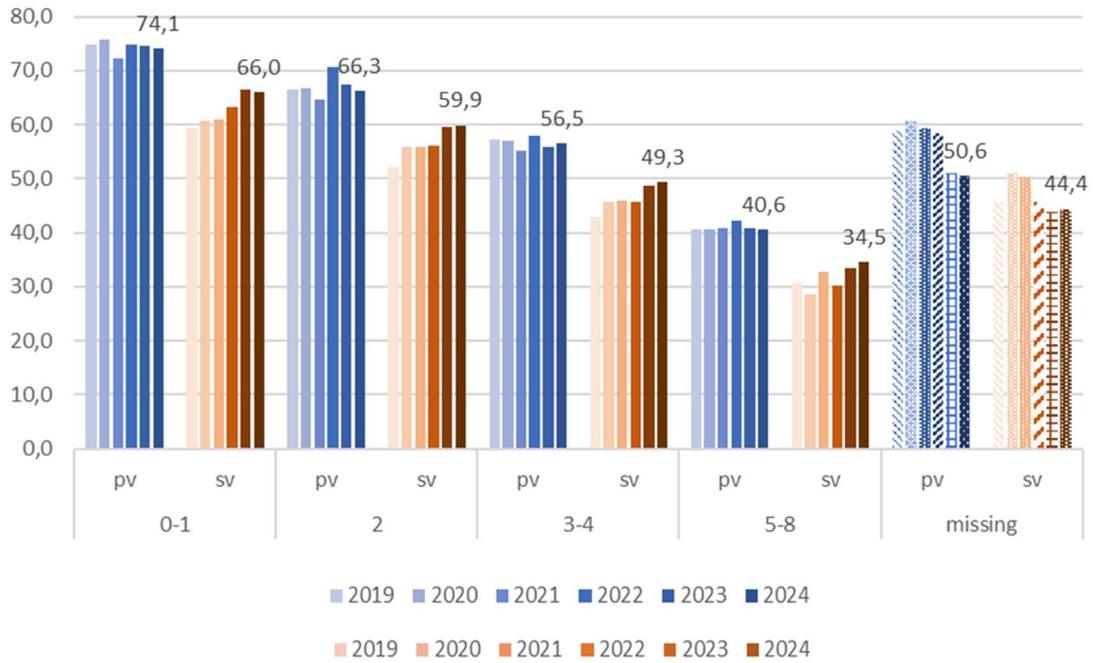


Tabella VII. probabilità di incremento del tasso di allattamento completo (FBF) a tre e cinque mesi nelle varie classi di vulnerabilità nel periodo 2019-2024.

| Classi di vulnerabilità | FBF I vaccinazione | | FBF II vaccinazione | |
|-------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | OR | IC95% | OR | IC95% |
| 1 | 1.01 | 0.98, 1.05 | 1.08 | 1.04, 1.12 |
| 2 | 1.02 | 1.00, 1.03 | 1.07 | 1.05, 1.09 |
| 3 | 1.00 | 0.99, 1.02 | 1.06 | 1.04, 1.07 |
| 4 | 1.01 | 0.99, 1.03 | 1.05 | 1.03, 1.08 |

Benchmarking esterno

Per la prima volta quest'anno abbiamo, per la nostra Regione, in aggiunta alla prevalenza di **allattamento esclusivo** alla prima e seconda vaccinazione, anche quella relativa al punto nascita. Il dato, raccolto nel periodo ottobre 2024-gennaio 2025 in 14 dei 18 punti nascita della Regione che partecipano al Progetto inter-societario e inter-federativo *Policy Aziendale per l'Allattamento (PAA)*, si riferisce ai nati a termine, sani, con peso neonatale ≥ 2500 grammi e utilizza le categorie di alimentazione suggerite da OMS; il dato si riferisce all'allattamento dal momento del parto alla dimissione⁹ (tabella VIII).

Come di consueto riportiamo anche i tassi riferiti al 2024 della regione Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento (tabella VIII), raccolti con modalità differenti, di seguito illustrate.

Il monitoraggio in Friuli-Venezia Giulia¹⁰ utilizza una scheda informatizzata che raccoglie il dato alla dimissione dall'ospedale (*recall period* dalla nascita alla dimissione) per tutti i nati esclusi quelli ricoverati in TIN (include dunque, oltre ai neonati fisiologici, quelli patologici ad esempio con ittero, peso < 2500 grammi, i *late preterm*, con disidratazione, ipoglicemia, ecc. presi in carico dalla neonatologia). Oltre a questo, il FVG raccoglie il dato al momento della seconda vaccinazione (*recall period* le ultime 24 ore). Il sistema permette poi di stratificare i dati per età del bambino¹¹ identificando la prevalenza a 5 e a 6 mesi di vita.

Il monitoraggio nella PA di Trento si basa su due diverse modalità di raccolta: in una si fa riferimento al dato riportato nella scheda CedAP e raccolto alla dimissione dall'ospedale (*recall period* dalla nascita alla dimissione, include tutti i nati). Nell'altra modalità il dato viene raccolto nell'ambito delle attività di monitoraggio della *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) in tutti i punti nascita, stratificato in base alle caratteristiche del neonato e distinguendo fra allattamento con latte della propria madre e con latte umano donato: la prevalenza complessiva di allattamento esclusivo riportata in tabella si riferisce a questo monitoraggio della BFHI, include i nati

⁹ Davanzo R. Comunicazione personale. Il Progetto Policy Aziendale per l'Allattamento (Progetto PAA) in Emilia-Romagna. Dati allattamento ottobre 2024-gennaio 2025. Società Italiana di Neonatologia.

¹⁰ Ronfani L. Comunicazione personale. Fonte: SIR- Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, Regione Friuli-Venezia Giulia. Dati allattamento 2024.

¹¹ Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli-Venezia Giulia. Eur J Public Health 2006;16:111

fisiologici e patologici non ricoverati in TIN, similmente alla raccolta dati del FVG, e comunque non è dissimile da quella proveniente dal flusso CedAP¹².

Tabella VIII. Prevalenza di allattamento esclusivo, confronto con FVG e PA Trento, anno 2024.

| | Allattamento esclusivo % | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | <i>Dimissione</i> [°] | <i>3 mesi</i> | <i>5 mesi</i> | <i>6 mesi</i> |
| Friuli-Venezia Giulia | 74,4 [^] | | 51,0 | 33,3 |
| PA Trento (BFHI) | 66,4 [^] | | | |
| Emilia-Romagna | 80,9 [*] | 55,7 | 49,0 | |

[°] il dato alla dimissione si riferisce all'intervallo di tempo dalla nascita alla dimissione

[^] tutti i nati, anche con piccola patologia, esclusi quelli ricoverati in TIN; dati relativi a 12 mesi

^{*} nati a termine, con PN≥2500 grammi, sani e non ricoverati in TIN; dati relativi a 4 mesi

¹² Comina C, Pertile R. Comunicazione personale. Fonte: flusso BFHI, PA Trento. Dati allattamento 2024.

4. Commenti

La rilevazione dei dati sull'allattamento del 2024 conferma che la metodica scelta e implementata a partire dal 2015 - raccolta dati completamente informatizzata tramite il flusso dell'anagrafe vaccinale - è fattibile e sostenibile¹³, e valida, dal momento che il campione monitorato risulta rappresentativo della popolazione di donne che partorisce in Emilia-Romagna (tabella V e VI).

Anche per il 2024 la raccolta si è protratta da marzo a novembre permettendo di fare 33.569 osservazioni, un numero lievemente inferiore rispetto all'anno precedente (- 1112 schede), senza perdite significative di dati (la quota di dati mancanti o che non consentono la definizione del tipo di allattamento è molto contenuta e pari a 1.3% del totale): dati informativi e completi sull'allattamento sono disponibili per 33.137 osservazioni. Le caratteristiche della popolazione di madri inclusa è sovrapponibile a quella delle donne che hanno partorito in Emilia-Romagna nel 2024 (tabella V e tabella VI).

Pressoché stabile negli anni la quota di figlie di madri italiane, pari a 68% (tabella I). Si è scelto di continuare a riferirsi alla nazionalità della madre, come nelle passate rilevazioni, per permettere il confronto con i dati degli anni precedenti e perché la nazionalità materna riportata nel flusso CedAP sembra essere più affidabile di quella della neonata registrata nel flusso AVR (quest'anno il collegamento fra flusso allattamento e flusso CedAP è stato possibile per 95.4% delle schede, tabella III).

A livello regionale il paese di provenienza delle madri più rappresentato continua a essere il Marocco, con una quota pari a 14.7% di tutte le madri straniere, seguito - come nelle precedenti rilevazioni - da Albania (13.1%) e Romania (9.5%) (figura 1).

Il dato medio regionale di prevalenza di allattamento completo è stabile alla prima vaccinazione (-0.1%) e in solo in lieve aumento alla seconda (+0.5%); praticamente stabile la quota di *non* allattamento a tre mesi (da 18.4% a 18.6%) e a cinque mesi (da 24.7% a 24.5%). Permane una lieve differenza nei tassi di allattamento completo a tre mesi in base alla nazionalità materna (3.6% in meno nelle italiane), mentre è quasi coincidente a cinque mesi (0.8% in meno nelle italiane) ed è più evidente la differenza in termini di *non allattamento*, con le donne italiane che presentano più elevati tassi di non allattamento sia a tre mesi (+7.3%) che a cinque mesi (+8%)

¹³ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. Public Health Nutr 2017;20:1895-902

(figura 15). Le differenze in base al sesso del lattante hanno un andamento altalenante negli anni: nel 2024 l'allattamento completo a tre e cinque mesi è leggermente, ma significativamente superiore in termini statistici, nelle femmine rispetto ai maschi, con differenze assolute pari a 2% circa (questa differenza non raggiungeva, invece, la significatività statistica nel 2023).

Il raggiungimento dei dieci anni di monitoraggio on-line utilizzando la stessa modalità di raccolta dati ci permette di avere uno sguardo d'insieme che ci può suggerire delle riflessioni: nel tempo il tasso di allattamento completo è poco migliorato a tre mesi, molto più nettamente, invece, a cinque mesi (figura 16). Si può ipotizzare che le donne che superano le difficoltà iniziali ad avviare l'allattamento e arrivano ad allattare a tre mesi, nel tempo divenute più consapevoli del beneficio di continuare ad allattare senza ricorrere alla formula, poi continuano ad allattare in proporzione sempre maggiore, tanto da raggiungere quasi la curva di prevalenza dei tre mesi. D'altro canto, la quota di non allattamento si è ridotta negli anni, in maniera abbastanza simile sia a tre che a cinque mesi (figura 17). Quindi, e questo si evidenzia bene nelle curve sull'alimentazione complementare, cioè quando il/la lattante assume latte materno e formula (figura 18), è proprio la quota di alimentazione complementare a cinque mesi che si è ridotta, al contrario di quella a tre mesi che è praticamente stabile. Non si rileva quindi una presunta fatica ad allattare in maniera esclusiva nel tempo, ma piuttosto, sembrerebbe, una difficoltà ad avviare bene un allattamento senza aggiunta di formula nelle prime settimane. La raccolta avviata nel 2024 nella quasi totalità dei punti nascita della Regione (progetto *Policy Aziendale Allattamento*) indica che, mediamente, 80.9% dei neonati e delle neonate sane, a termine, non ricoverate in TIN e di peso adeguato, ricevono dal momento della nascita alla dimissione dall'ospedale solo latte materno. È quindi verosimile ipotizzare che è nelle settimane successive alla dimissione che insorgono problemi o difficoltà che, non adeguatamente affrontati, portano all'introduzione precoce di formula. È nel periodo di avvio dell'allattamento, dunque, e nella continuità ospedale-territorio che andrebbero concentrati gli sforzi per rispondere adeguatamente alle richieste delle donne che desiderano allattare.

La distribuzione della popolazione di donne che ha partorito in Emilia-Romagna nel 2024 in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G) rileva che la distribuzione delle classi di vulnerabilità è tornata ai livelli pre-pandemici (figura 19). Nelle classi a maggiore vulnerabilità la prevalenza di allattamento completo è minore sia a tre che a cinque mesi (figura 20). Nel 2024 il tasso di allattamento completo a tre mesi

è 40.6% nella 4° classe e 74.1% nella 1°, a cinque mesi è rispettivamente 34.5% e 66.0%. Questa differenza si mantiene con alcune oscillazioni nel periodo che va dal 2019 al 2024 (figura 20). Interessante notare che, mentre a tre mesi non si evidenzia un incremento statisticamente significativo nel tempo della prevalenza di allattamento completo nelle diverse classi di vulnerabilità (tranne che nella seconda), c'è invece un incremento a 5 mesi (figura 20 e tabella VII): l'incremento è statisticamente significativo in tutte le classi di vulnerabilità, ma l'entità del miglioramento è decrescente all'aumentare della vulnerabilità, come già rilevato in passato. Quindi, le classi a maggiore vulnerabilità, pur registrando un aumento del tasso di allattamento completo, migliorano di meno rispetto alle classi con minore vulnerabilità (la misura delle *odds ratio* non quantifica esattamente l'entità del miglioramento – cioè non coincide con il *risk ratio* - ma ci indica l'andamento). Il sottogruppo a maggiore vulnerabilità, pur se numericamente limitato, ha il maggiore rischio di non allattamento e registra i miglioramenti più contenuti: interventi a sostegno di queste famiglie potrebbero avere un elevato impatto sull'allattamento e, presumibilmente, anche su altri esiti di salute relativi alle donne, alle neonate e ai neonati. L'allattamento, infatti, correla con il benessere complessivo e potrebbe associarsi, direttamente e indirettamente, a molti altri aspetti e fattori protettivi.

I dati di prevalenza di allattamento del Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento (*benchmarking* esterno, tabella VIII) e quelli dei diversi distretti della nostra Regione (*benchmarking* interno, figura 9 e figura 10) consentono di confermare gli obiettivi già indicati nel precedente report:

-tasso di allattamento completo a tre mesi >65%

-tasso di allattamento completo a cinque mesi >50%

6. Conclusioni

La raccolta dati sull'allattamento in regione Emilia-Romagna, con le caratteristiche utilizzate a partire dal 2015, fornisce dati affidabili e, grazie alla standardizzazione, consente una comparazione fra aziende e distretti e nel tempo. La sostenibilità del sistema si è confermata anche in condizioni straordinarie come la pandemia da SARS-CoV-2.

Questo monitoraggio è una delle componenti necessarie a guidare l'implementazione di quel mix di interventi in grado di sostenere le donne che scelgono di allattare, perché possano farlo con soddisfazione e senza difficoltà. Come riportato in un recente articolo di ricercatrici australiane¹⁴, il diritto ad allattare è parte del diritto riproduttivo delle donne, e come tale va protetto. Il fatto che le donne abbiano il diritto di allattare non implica che siano costrette a farlo, così come non sono obbligate ad avere una gravidanza o a usare la contraccezione pur avendo diritto alla salute riproduttiva. Non significa nemmeno che allattare sia sempre facile o desiderato da tutte le donne. Piuttosto, significa che: il sistema sanitario, sociale, culturale, ambientale, deve fare in modo che allattare non sia difficile; le donne hanno diritto a un adeguato sostegno sanitario, alla protezione dalla disinformazione sull'alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli, alla conciliazione fra maternità e lavoro, al sostegno della famiglia e della società affinché possano allattare senza problemi, con piacere.

I risultati dell'analisi utilizzando lo score di vulnerabilità suggeriscono che sono necessari interventi mirati alle fasce più vulnerabili per ridurre lo svantaggio che altrimenti si evidenzia anche nell'allattamento, soprattutto nei periodi di crisi. Di questo è necessario tenere conto, ad esempio, nella organizzazione e proposta dei corsi di accompagnamento alla nascita, che si sono dimostrati efficaci nell'aumentare la probabilità di allattare, e che devono riuscire a raggiungere con facilità proprio le famiglie a maggiore vulnerabilità, coprendo il periodo che va dalla gravidanza ai primi mesi dopo il parto (quindi non più e non solo *corso di accompagnamento*, ma *PERcorso di accompagnamento*).

Anche la formazione estesa alla popolazione generale, con contenuti e linguaggi comuni e comprensibili per tutti (genitori, volontarie delle associazioni di auto-aiuto,

¹⁴ Gribble KD, et al. Breastfeeding and infant care as 'sexed' care work: reconsideration of the three Rs to enable women's rights, economic empowerment, nutrition and health. *Front Public Health*. 2023 Oct 11;11:1181229.

professioniste del sociale, dell'educativo e del sanitario), può fornire alcuni strumenti per ottenere questo miglioramento, soprattutto se riuscirà a raggiungere un numero elevato di persone¹⁵.

La possibilità di linkare il flusso regionale allattamento a quello CedAP, che permette di correggere l'associazione fra esposizione (allattamento) ed esiti di salute per quelle variabili che possono essere fattori confondenti, è notevolmente migliorata nel corso del tempo, arrivando nel 2024 a interessare oltre il 95% del campione; è importante che questa possibilità venga mantenuta nel tempo.

L'attività di monitoraggio che nel 2024 ha riguardato 14 dei 18 punti nascita della Regione, e di cui in questa fase abbiamo a disposizione solo un dato aggregato regionale, potrà contribuire, se stabile nel tempo, accurata nella raccolta del dato, estesa a tutta la Regione e corredata di una reportistica con dettaglio a livello di punto nascita, a fornire ancora maggiori strumenti e informazioni a chi lavora nel sostegno alle donne e aiutare a interpretare le differenze fra aziende e distretti sanitari che si mantengono, pressoché inalterati, nel tempo.

¹⁵ Corso base di formazione a distanza della regione Emilia-Romagna. *Breast Feeling*. Piattaforma SELF, versione per la cittadinanza <https://moodle.self-pa.net/moodleci/login/index.php> e per la sanità <https://moodle.self-pa.net/moodlesa/login/index.php>

Appendice

Dati per Azienda Sanitaria

Di seguito vengono riportati i dati aggiornati al 2024 relativi alle singole aziende sanitarie.

Utilizzando la stessa modalità delle precedenti ricerche, per facilitare il confronto con i dati raccolti dal 2015 sono stati riportati i trend dei tassi di *allattamento completo* e di *non allattamento* a tre e cinque mesi.

Idealmente, ci si aspetta che il dato relativo al tasso di allattamento completo aumenti in tutti i distretti e che contemporaneamente si riduca il tasso di non allattamento. La presentazione affiancata dei due grafici facilita la verifica di questi andamenti.

Per tutte le AUSL e distretti, i dati di prevalenza sono calcolati utilizzando la standardizzazione diretta in due fasce di età di 15 giorni (61-75, 76-90 giorni per la prima vaccinazione e 121-135, 136 e 150 giorni per la seconda vaccinazione).

Per l'AUSL Romagna, istituita con la legge regionale n. 22 del 2013 e attiva dal gennaio 2014, i dati sono riportati seguendo due modalità:

1. come totale AUSL Romagna
2. distinti per ex aziende, ora ambiti, di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Azienda USL di Piacenza (101)

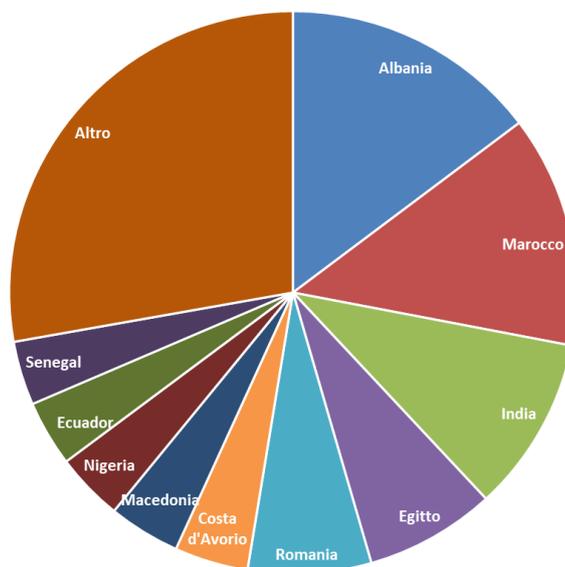
2.449 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.197 bambine, pari a 89.7% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.244 casi (**56.6%**).

Le **953** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------------|-----|------|
| Albania | 140 | 14,7 |
| Marocco | 127 | 13,3 |
| India | 96 | 10,1 |
| Egitto | 71 | 7,5 |
| Romania | 67 | 7,0 |
| Costa d'Avorio | 40 | 4,2 |
| Macedonia | 39 | 4,1 |
| Nigeria | 37 | 3,9 |
| Ecuador | 36 | 3,8 |
| Senegal | 35 | 3,7 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Piacenza anno 2024.



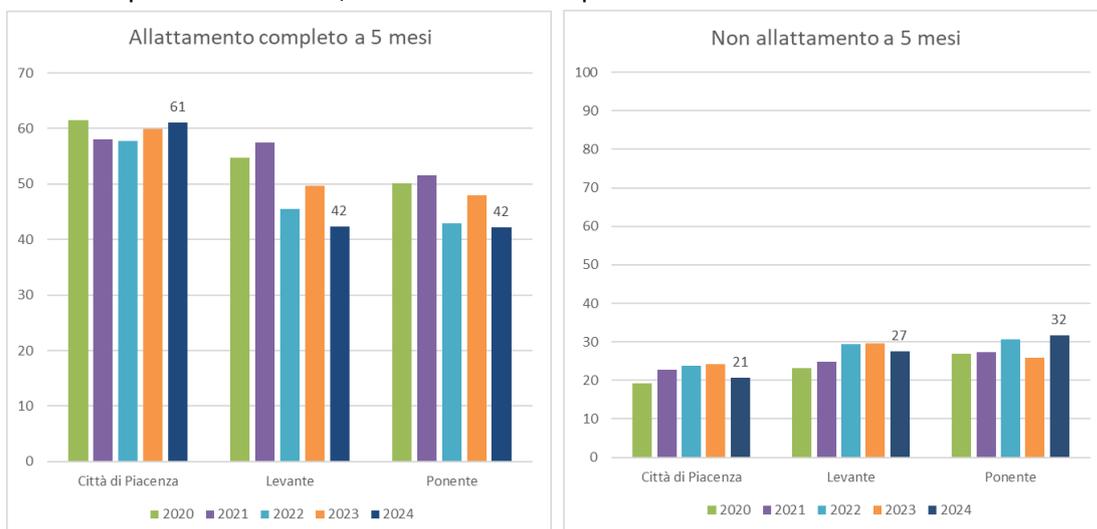
1.170 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.441** bambine, con una quota di dati impossibili o *missing* pari a 0.3% (8 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Parma (102)

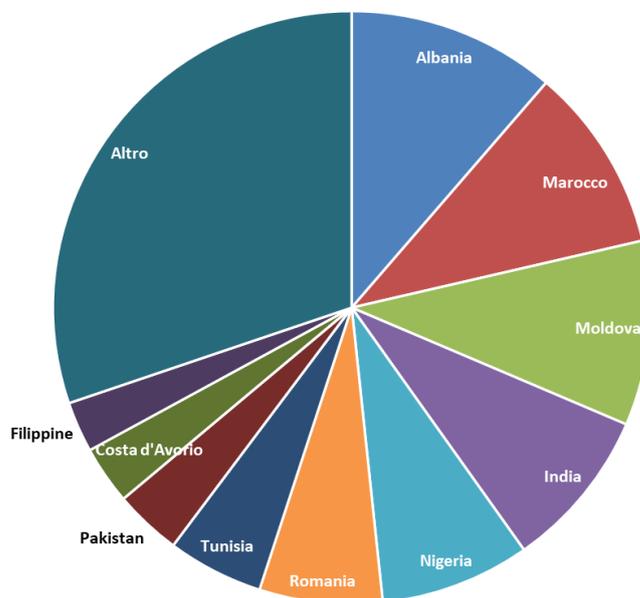
3.661 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.402 bambine, pari a 92.9% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.171 casi (**63.8%**).

Le **1.231** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------------|-----|------|
| Albania | 139 | 11,3 |
| Marocco | 124 | 10,1 |
| Moldova | 124 | 10,1 |
| India | 108 | 8,8 |
| Nigeria | 100 | 8,1 |
| Romania | 82 | 6,7 |
| Tunisia | 64 | 5,2 |
| Pakistan | 45 | 3,7 |
| Costa d'Avorio | 39 | 3,2 |
| Filippine | 34 | 2,8 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Parma anno 2024.



1.806 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.3%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **3.655** bambine, con una quota di *missing* e dati impossibili pari a 0.2% (6 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

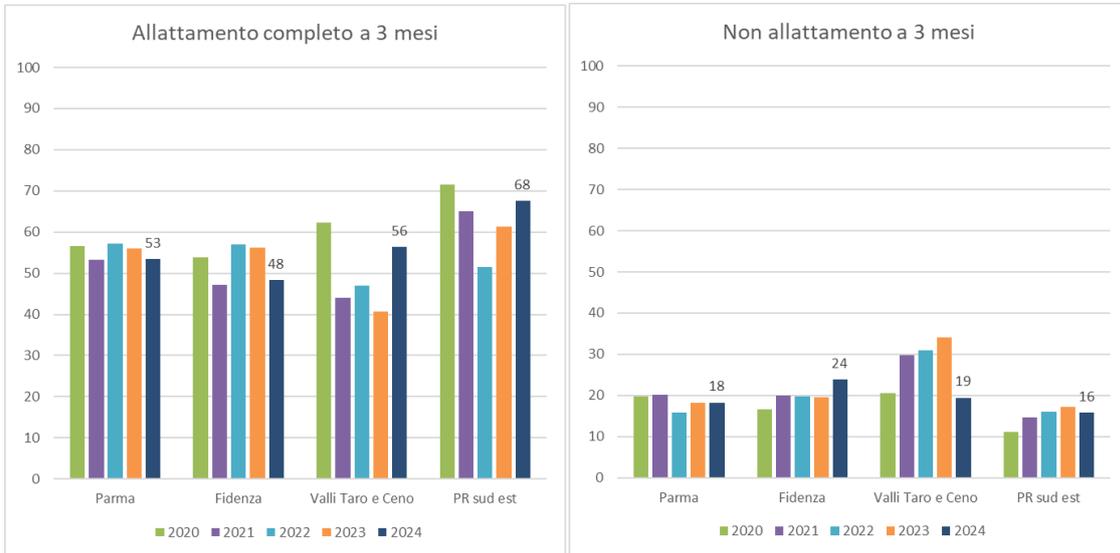
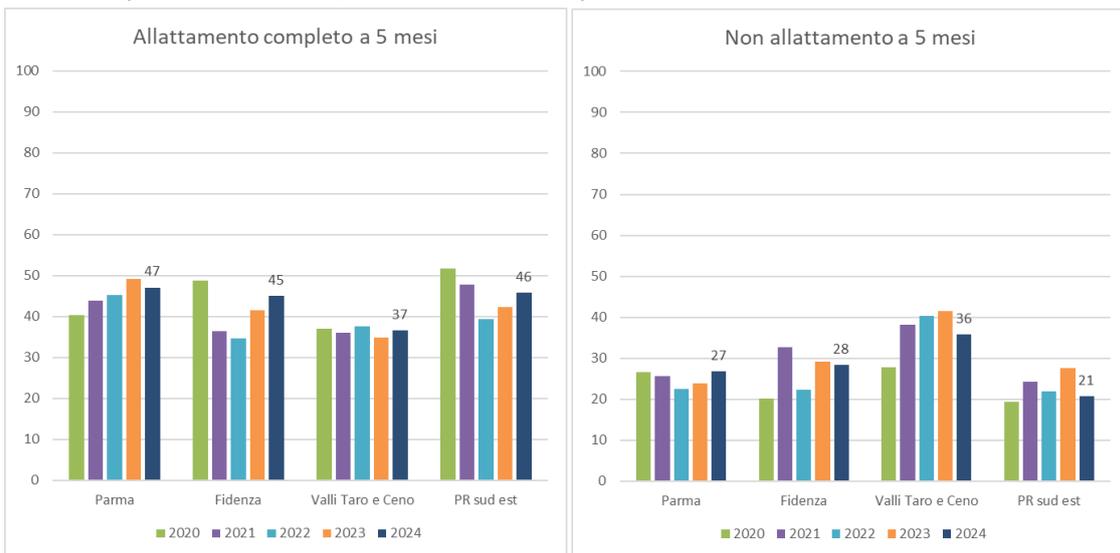


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Reggio Emilia (103)

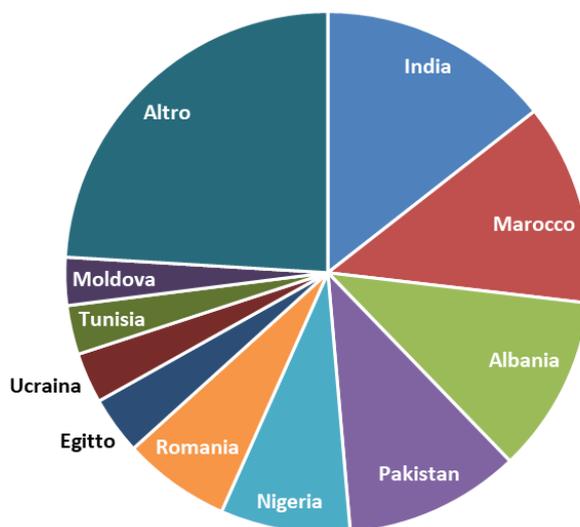
4.261 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 4.108 bambine, pari a 96.4% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.794 casi (**68.0%**).

Le **1.314** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------|-----|------|
| India | 189 | 14,4 |
| Marocco | 164 | 12,5 |
| Albania | 144 | 11,0 |
| Pakistan | 142 | 10,8 |
| Nigeria | 105 | 8,0 |
| Romania | 87 | 6,6 |
| Egitto | 47 | 3,6 |
| Ucraina | 41 | 3,1 |
| Tunisia | 40 | 3,0 |
| Moldova | 39 | 3,0 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Reggio Emilia anno 2024.



2.042 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.9%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **4.161** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 2.3% (100 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

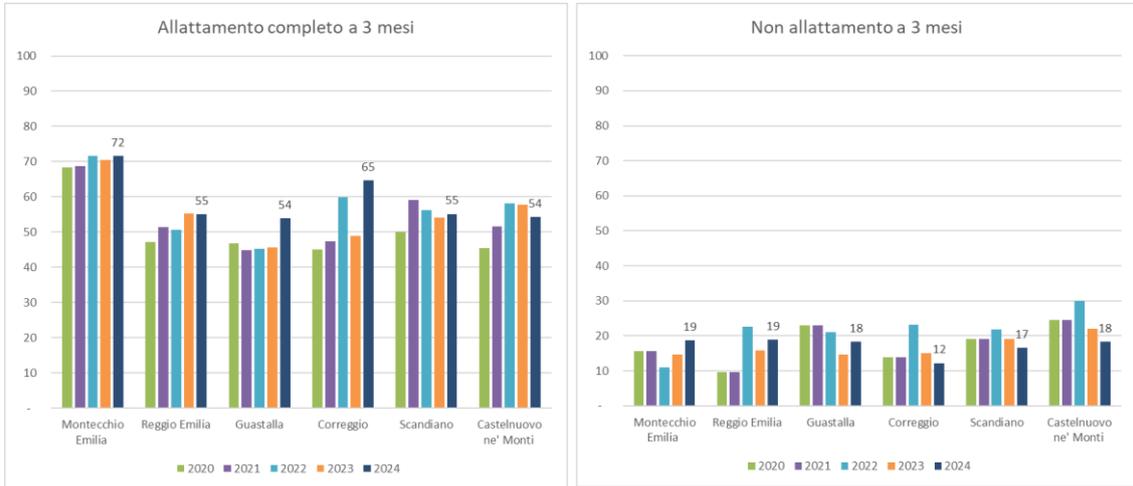
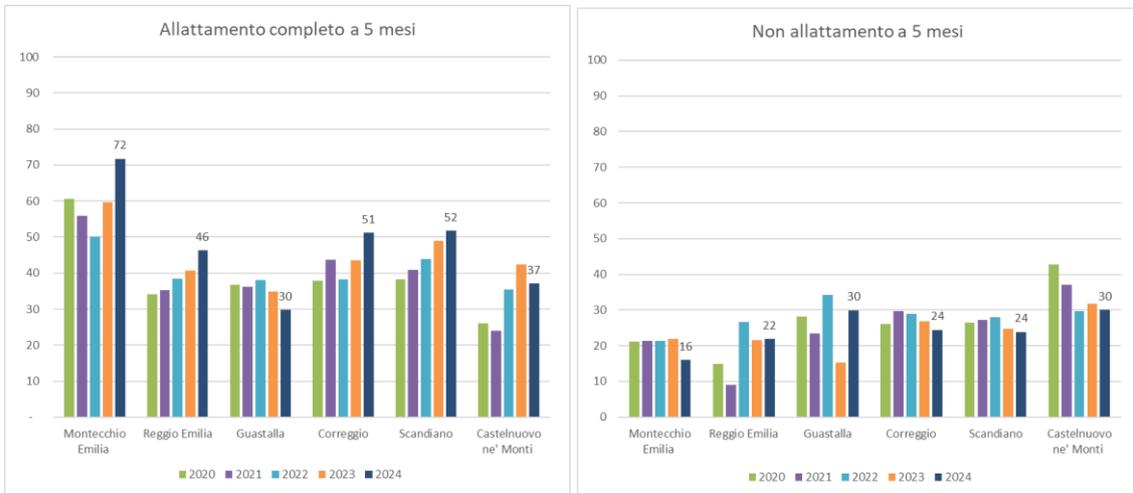


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Modena (104)

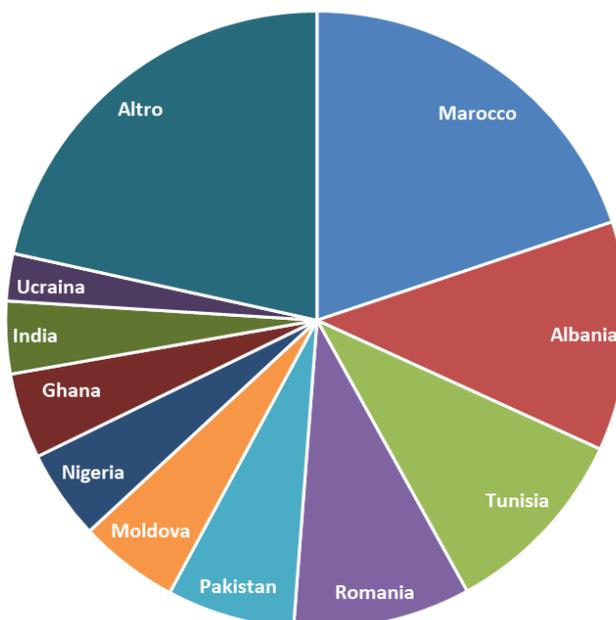
6.204 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 5.923 bambine, pari a 95.5% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.023 casi (**67.9%**).

Le **1.900** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------|-----|------|
| Marocco | 377 | 19,8 |
| Albania | 228 | 12,0 |
| Tunisia | 193 | 10,2 |
| Romania | 175 | 9,2 |
| Pakistan | 126 | 6,6 |
| Moldova | 99 | 5,2 |
| Nigeria | 89 | 4,7 |
| Ghana | 85 | 4,5 |
| India | 72 | 3,8 |
| Ucraina | 47 | 2,5 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Modena anno 2024.



3.023 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.7%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **6.117** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.4% (87 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

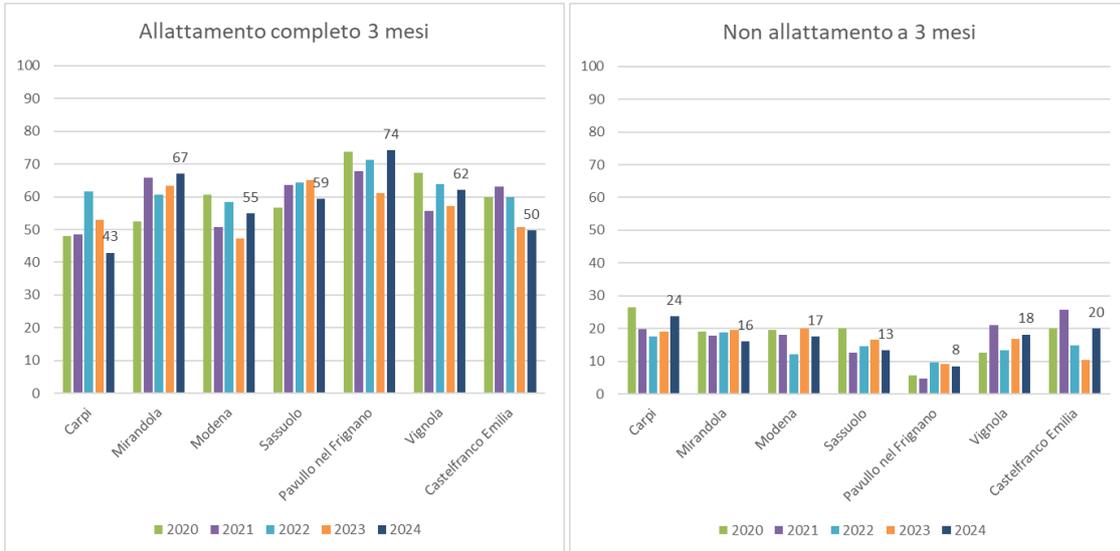
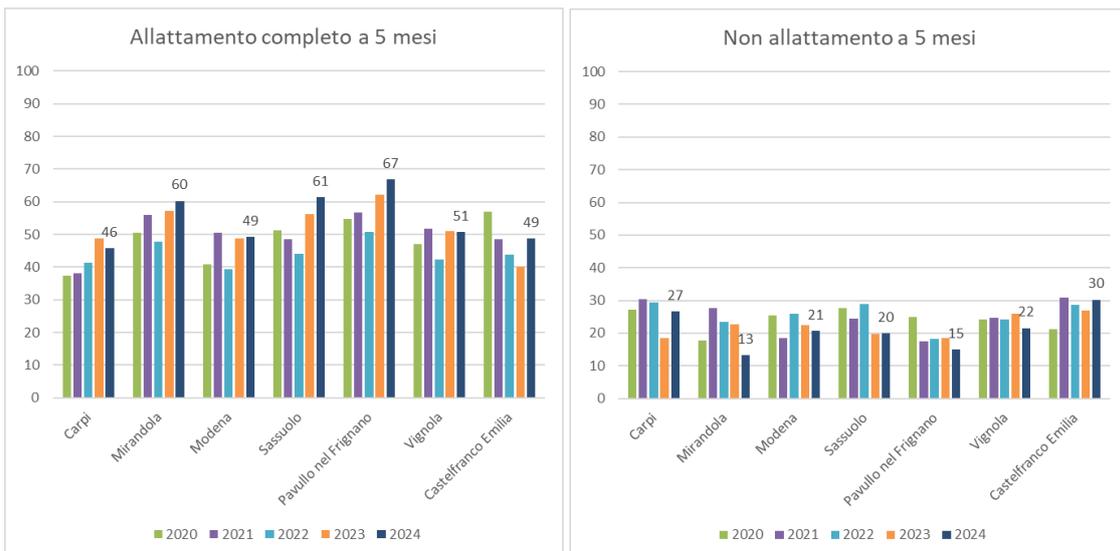


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Bologna (105)

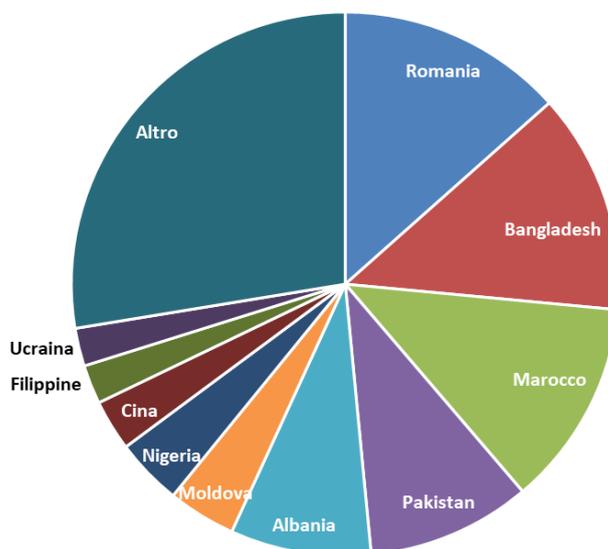
6.786 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 6.505 bambine, pari a 95.9% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.690 casi (**72.1%**).

Le **1.815** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|------------|-----|------|
| Romania | 243 | 13,4 |
| Bangladesh | 238 | 13,1 |
| Marocco | 223 | 12,3 |
| Pakistan | 176 | 9,7 |
| Albania | 151 | 8,3 |
| Moldova | 73 | 4,0 |
| Nigeria | 72 | 4,0 |
| Cina | 55 | 3,0 |
| Filippine | 42 | 2,3 |
| Ucraina | 41 | 2,3 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Bologna anno 2024.



3.363 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **6.751** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.5% (35 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

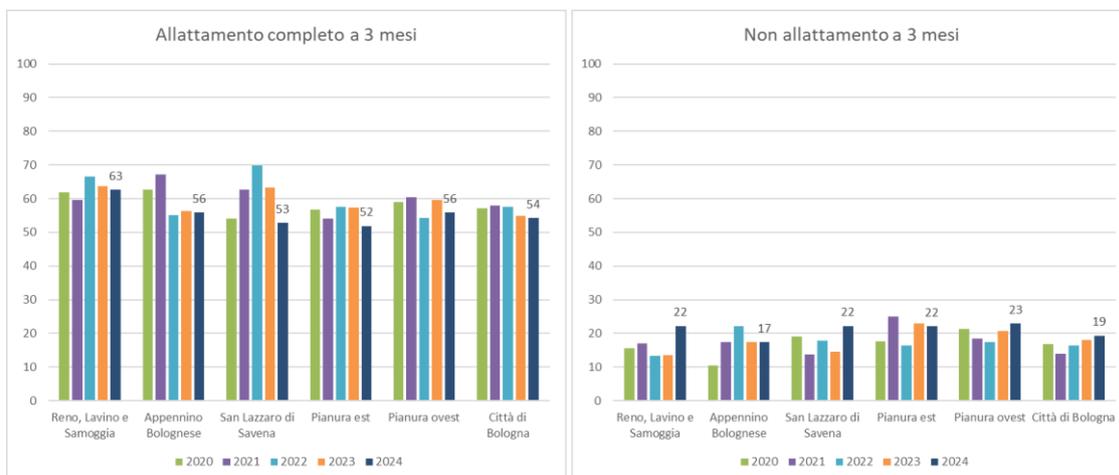
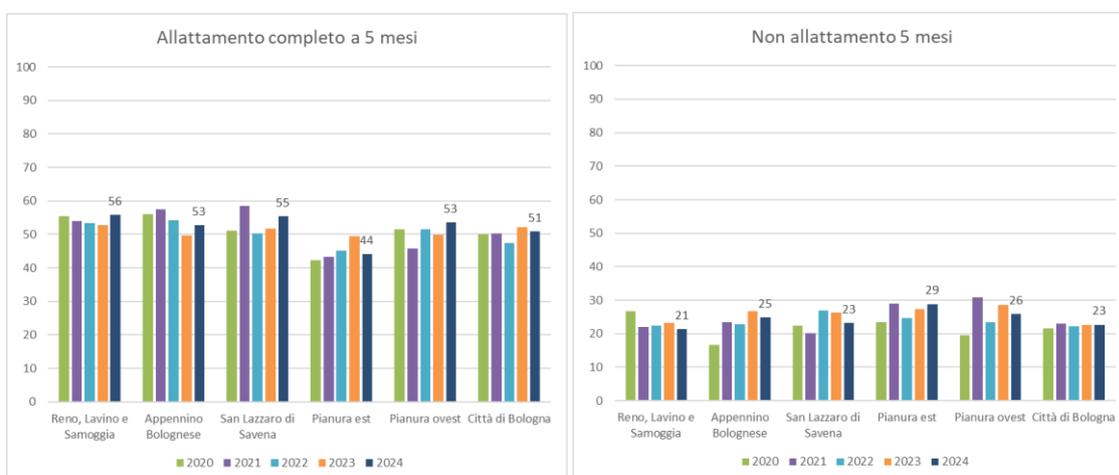


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Imola (106)

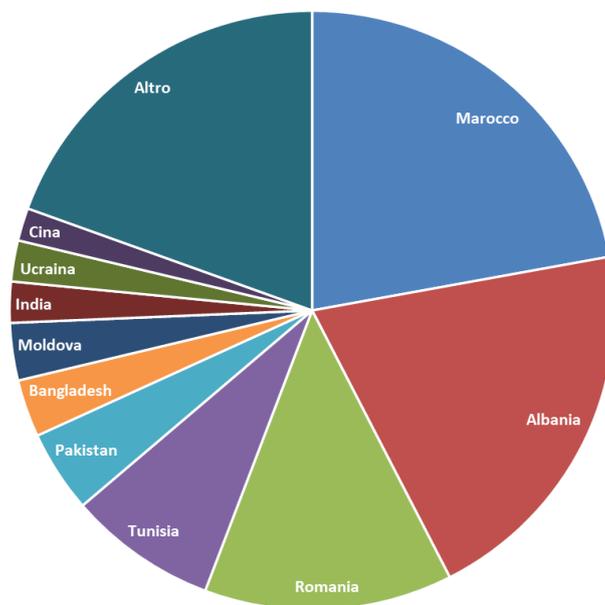
909 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 882 bambine, pari a 97.0% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 656 casi (**74.4%**).

Le **226** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|------------|----|------|
| Marocco | 50 | 22,2 |
| Albania | 46 | 20,4 |
| Romania | 30 | 13,3 |
| Tunisia | 18 | 8,0 |
| Pakistan | 10 | 4,4 |
| Bangladesh | 7 | 3,1 |
| Moldova | 7 | 3,1 |
| India | 5 | 2,2 |
| Ucraina | 5 | 2,2 |
| Cina | 4 | 1,8 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Imola anno 2024.



437 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **906** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.3% (3 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

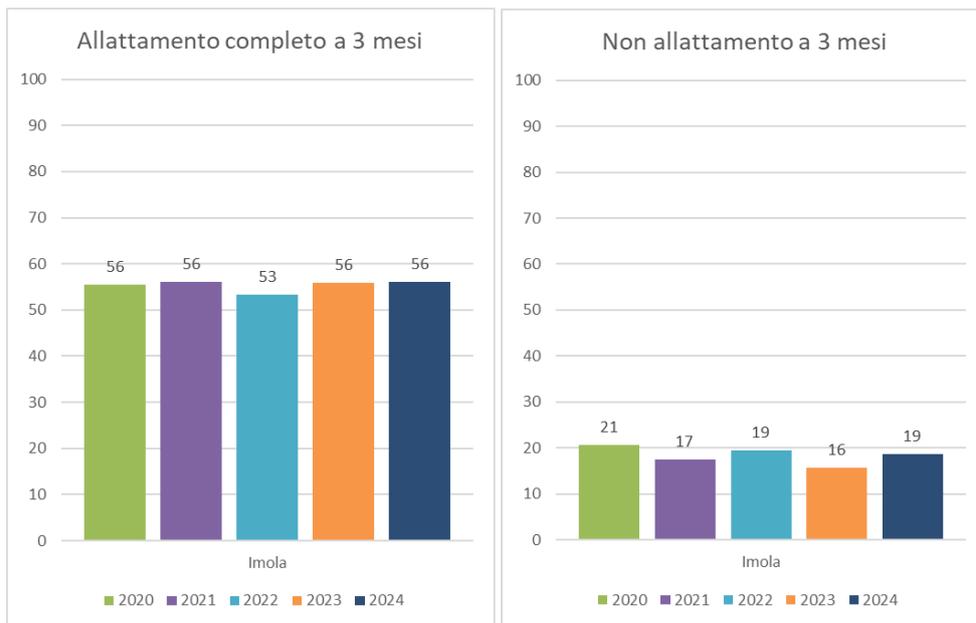
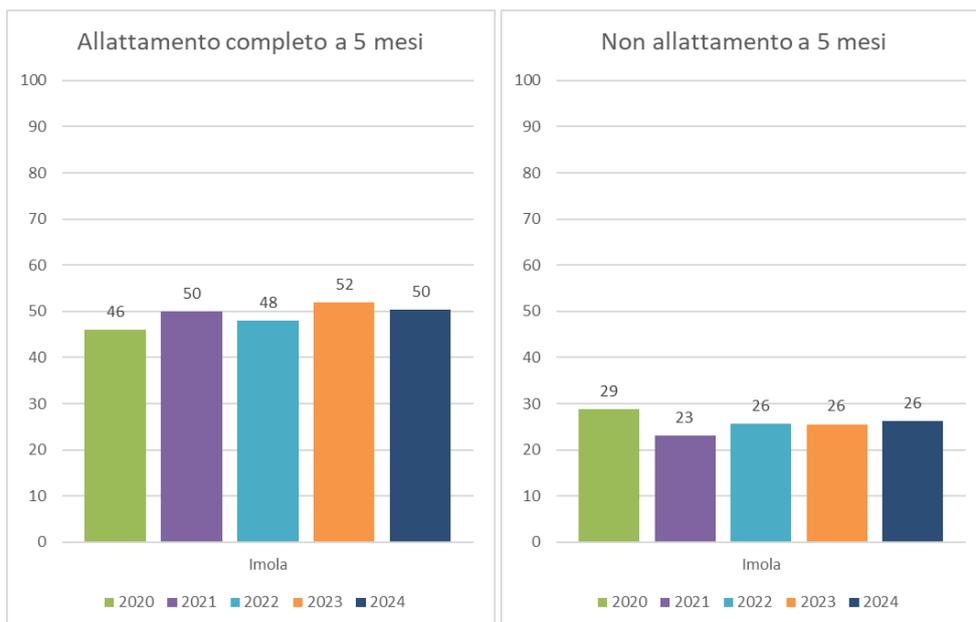


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Ferrara (109)

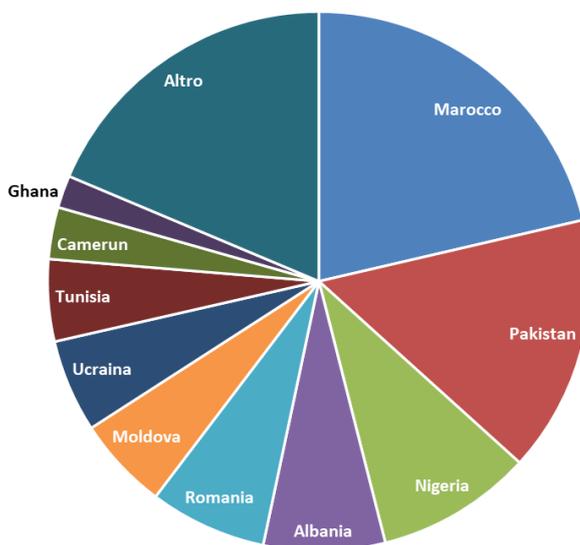
2.162 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.059 bambine, pari a 95.2% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.286 casi (**62.5%**).

Le **773** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------|-----|------|
| Marocco | 165 | 21,4 |
| Pakistan | 119 | 15,4 |
| Nigeria | 72 | 9,3 |
| Albania | 56 | 7,2 |
| Romania | 54 | 7,0 |
| Moldova | 43 | 5,6 |
| Ucraina | 43 | 5,6 |
| Tunisia | 38 | 4,9 |
| Camerun | 24 | 3,1 |
| Ghana | 15 | 1,9 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Ferrara anno 2024.



1.035 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.9%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.158** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.2% (4 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

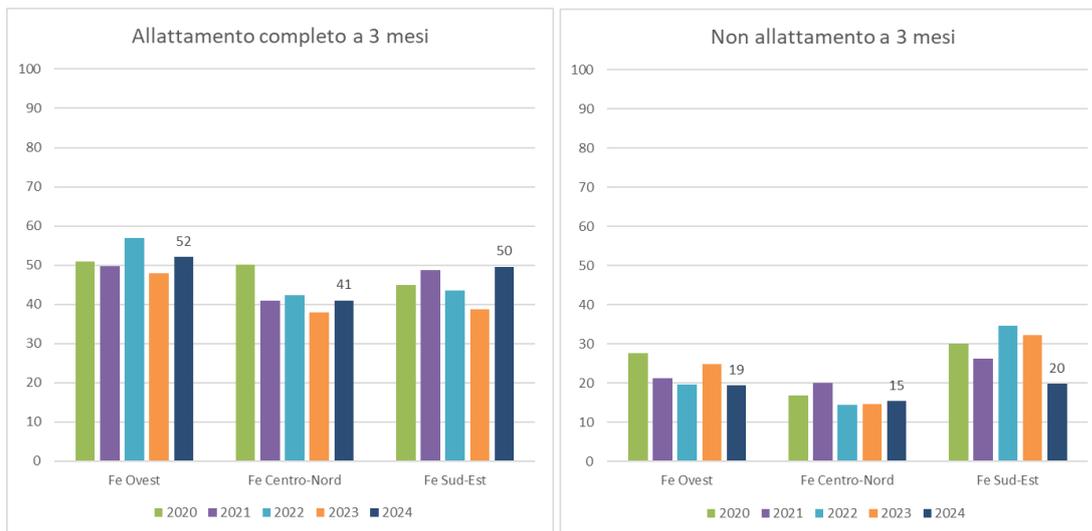
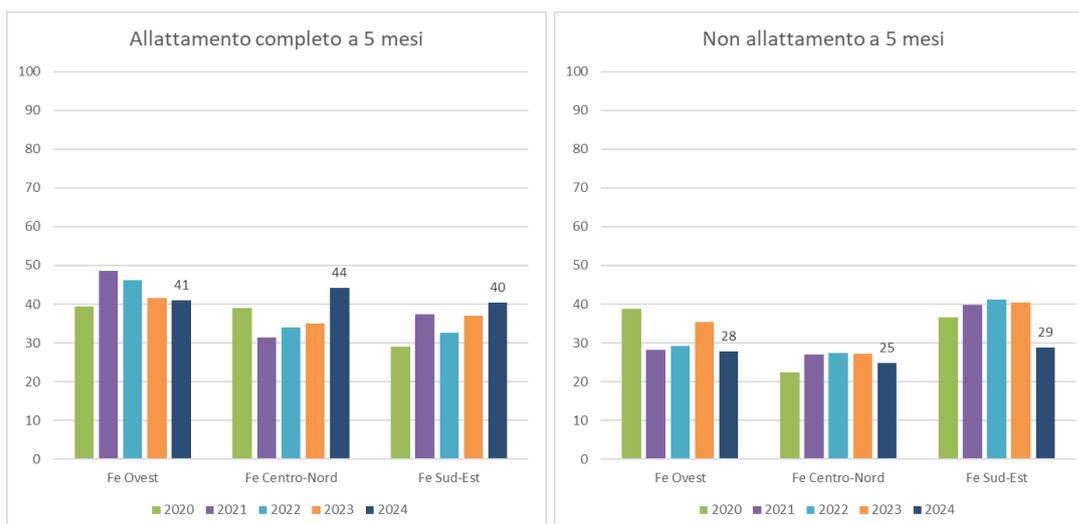


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna (114)

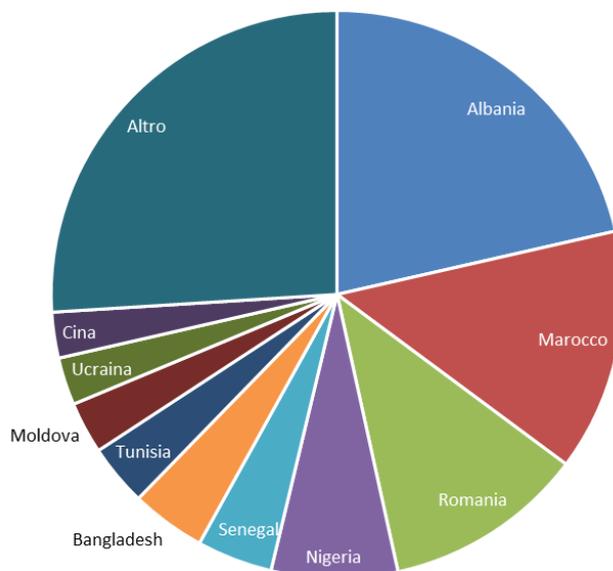
7.137 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 6.938 bambine, pari a 97.2% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.907 casi (**70.7%**).

Le **2.031** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|------------|-----|------|
| Albania | 435 | 21,4 |
| Marocco | 280 | 13,8 |
| Romania | 231 | 11,4 |
| Nigeria | 145 | 7,1 |
| Senegal | 87 | 4,3 |
| Bangladesh | 86 | 4,2 |
| Tunisia | 71 | 3,5 |
| Moldova | 60 | 3,0 |
| Ucraina | 55 | 2,7 |
| Cina | 53 | 2,6 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Romagna anno 2024.



3.467 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **6.948** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 2.6% (189 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

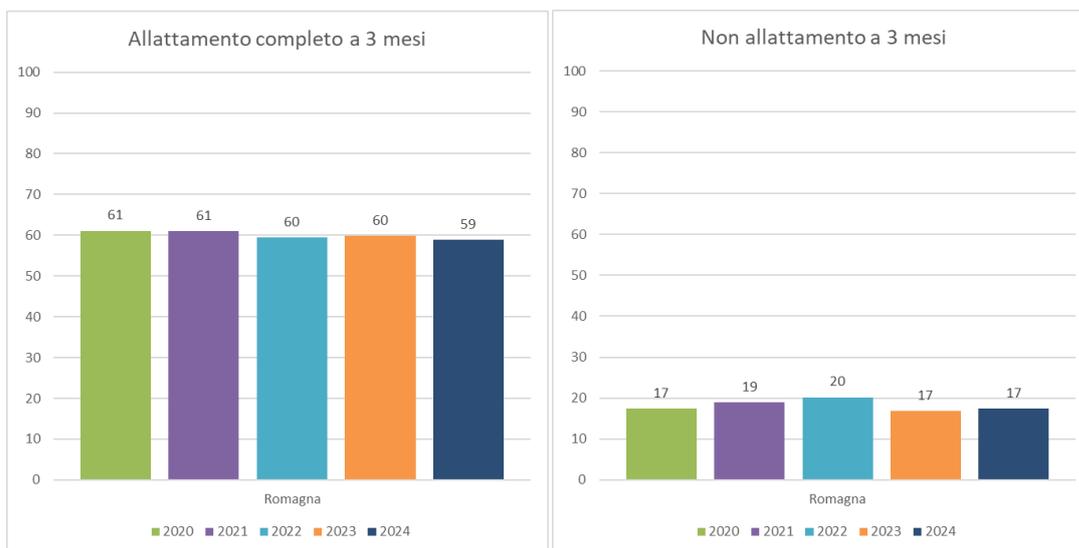
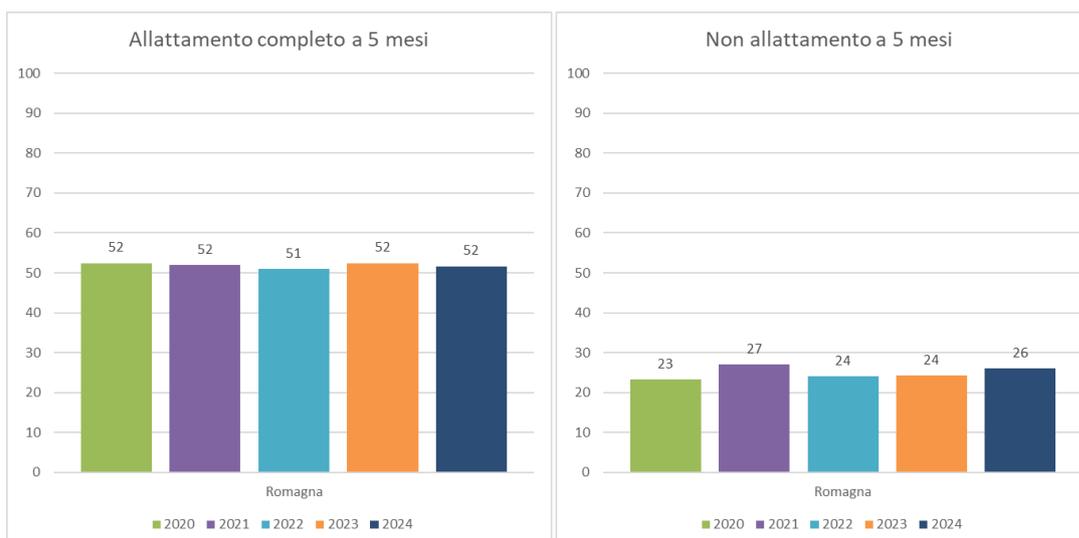


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Ravenna (110)

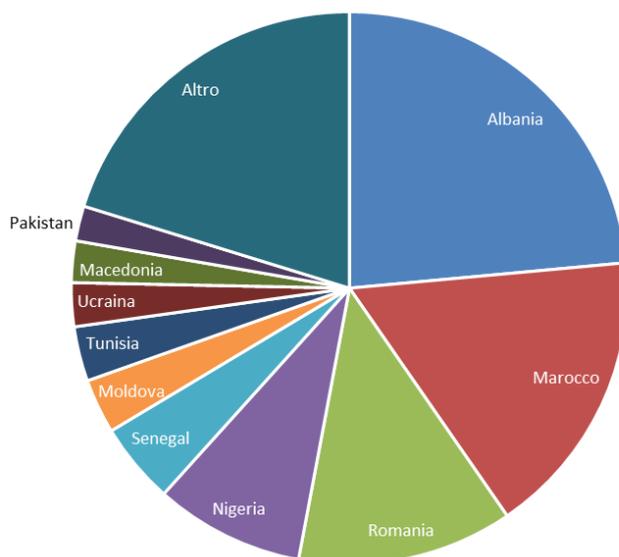
2.697 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.618 bambine, pari a 97.1% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.836 casi (**70.1%**).

Le **782** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|-----------|-----|------|
| Albania | 184 | 23,5 |
| Marocco | 132 | 16,9 |
| Romania | 98 | 12,5 |
| Nigeria | 68 | 8,7 |
| Senegal | 37 | 4,7 |
| Moldova | 25 | 3,2 |
| Tunisia | 25 | 3,2 |
| Ucraina | 20 | 2,6 |
| Macedonia | 19 | 2,4 |
| Pakistan | 16 | 2,1 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Ravenna anno 2024.



1.300 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.2%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.662** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.3% (35 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

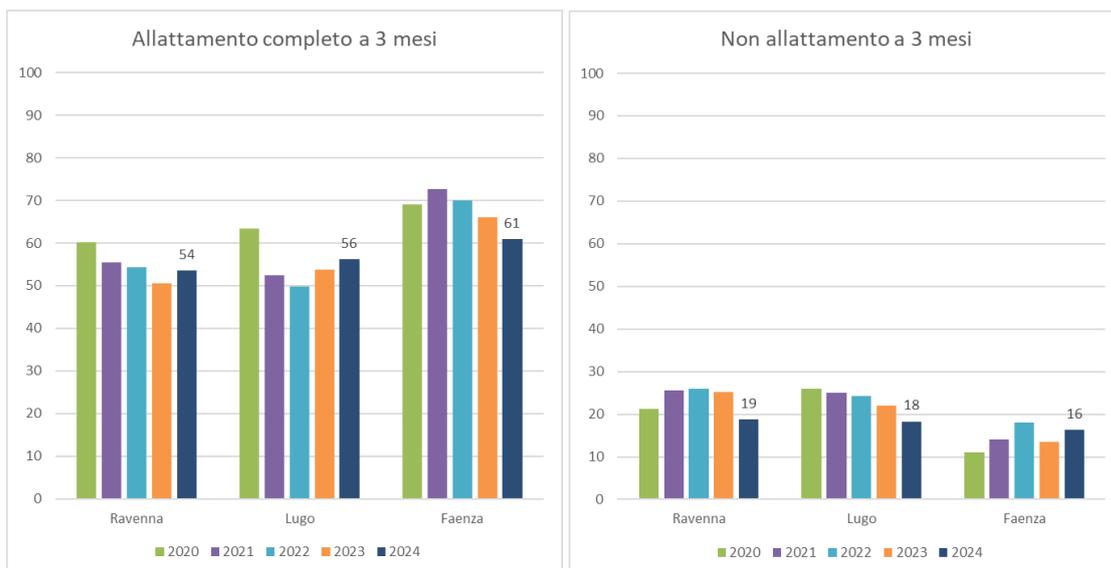
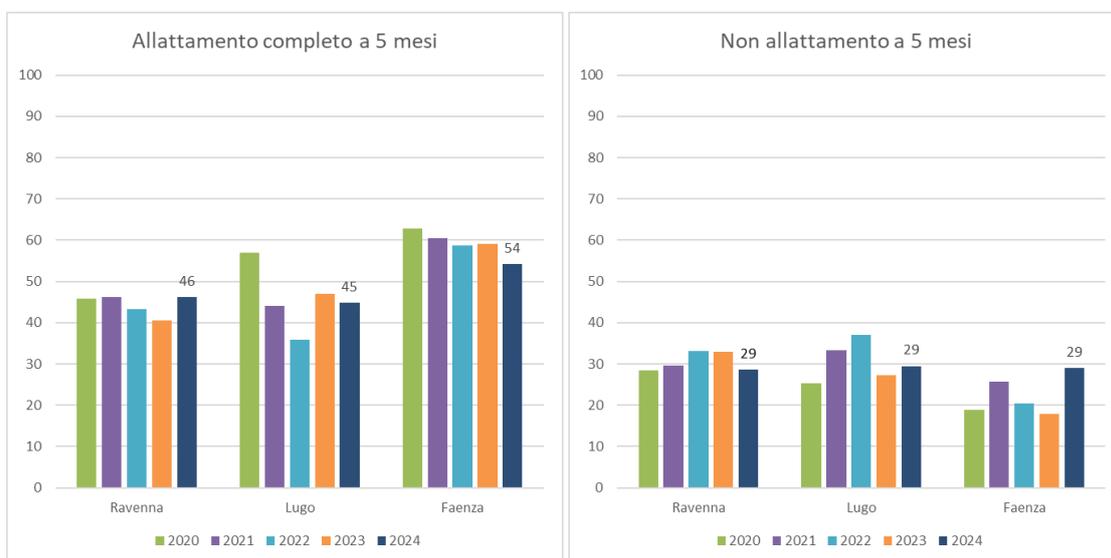


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Forlì (111)

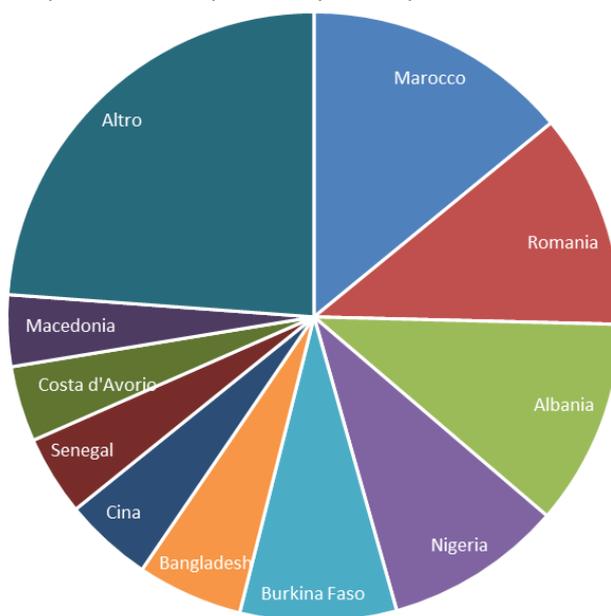
1.388 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.352 bambine, pari a 97.4% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 903 casi (**66.8%**).

Le **449** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------------|----|------|
| Marocco | 63 | 14,0 |
| Romania | 51 | 11,4 |
| Albania | 49 | 10,9 |
| Nigeria | 42 | 9,4 |
| Burkina Faso | 37 | 8,2 |
| Bangladesh | 25 | 5,6 |
| Cina | 21 | 4,7 |
| Senegal | 19 | 4,2 |
| Costa d'Avorio | 18 | 4,0 |
| Macedonia | 17 | 3,8 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Forlì anno 2024.



673 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.5%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.355** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 2.4% (33 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

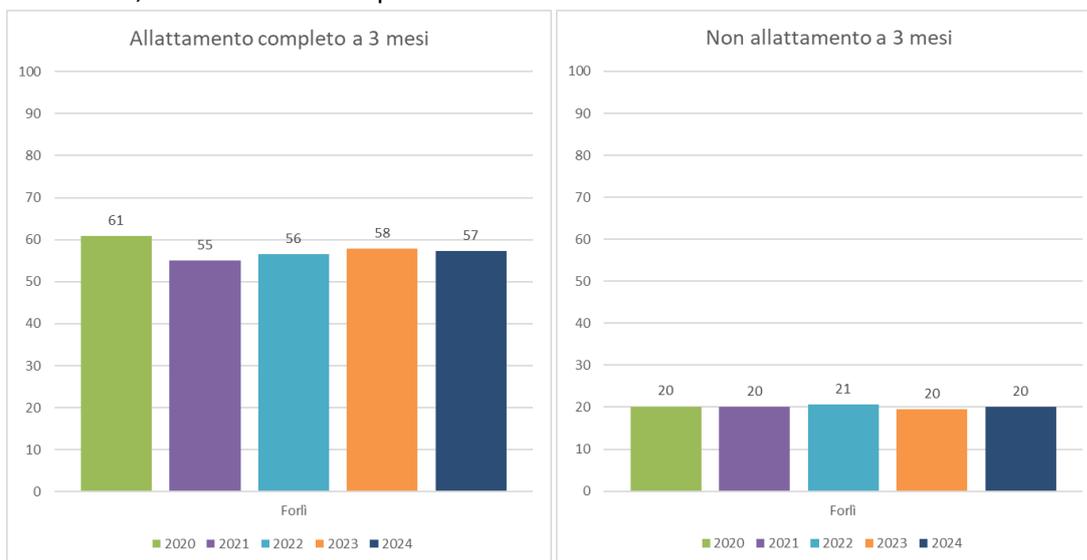
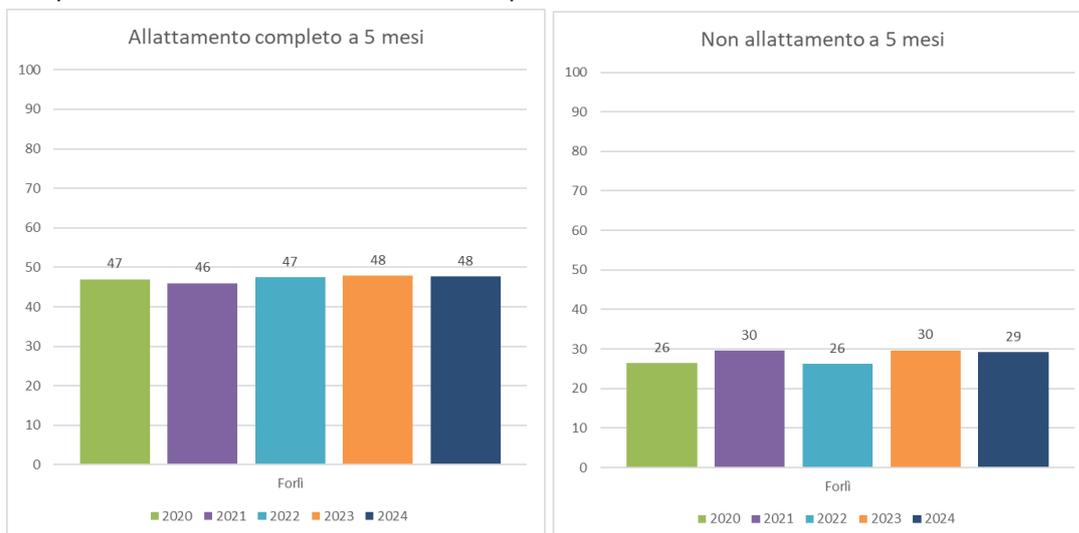


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Cesena (112)

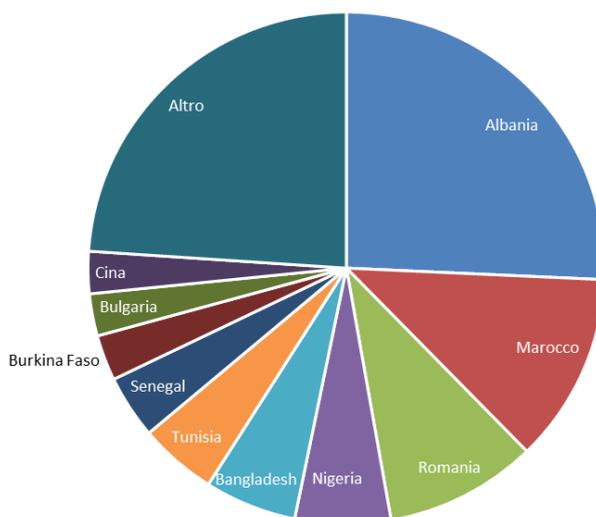
1.478 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.443 bambine, pari a 97.6% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 992 casi (**68.8%**).

Le **451** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|--------------|-----|------|
| Albania | 116 | 25,7 |
| Marocco | 54 | 12,0 |
| Romania | 43 | 9,5 |
| Nigeria | 27 | 6,0 |
| Bangladesh | 26 | 5,8 |
| Tunisia | 22 | 4,9 |
| Senegal | 18 | 4,0 |
| Burkina Faso | 13 | 2,9 |
| Bulgaria | 12 | 2,7 |
| Cina | 12 | 2,7 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Cesena anno 2024.



725 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.454** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.6% (24 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

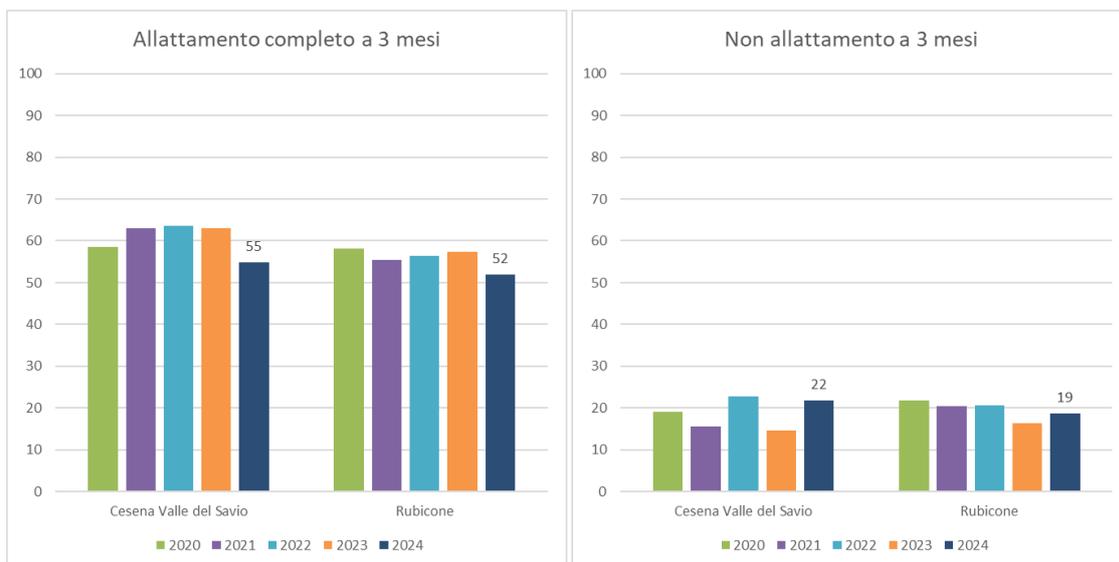
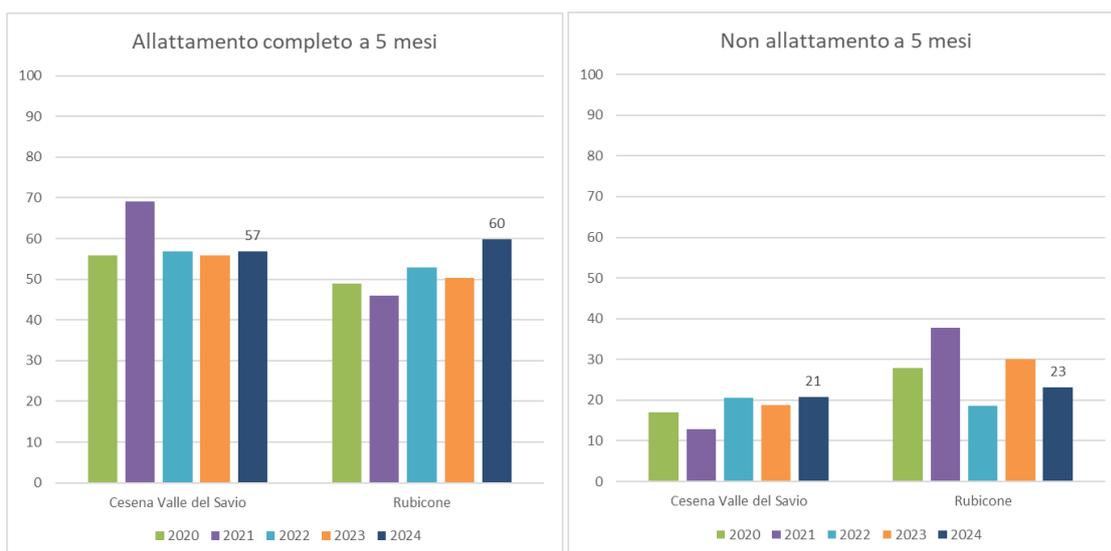


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Rimini (113)

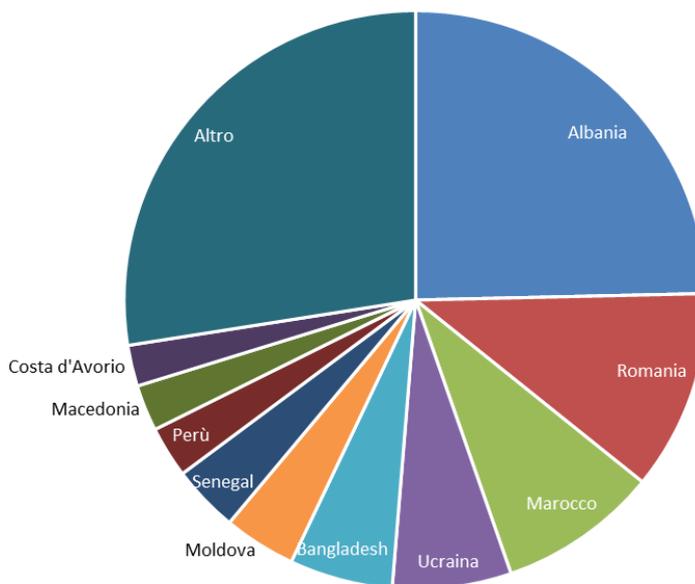
1.574 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.525 bambine, pari a 96.9% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.176 casi (**77.1%**).

Le **349** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

| Nazione | N | % |
|----------------|----|------|
| Albania | 86 | 24,6 |
| Romania | 39 | 11,2 |
| Marocco | 31 | 8,9 |
| Ucraina | 23 | 6,6 |
| Bangladesh | 20 | 5,7 |
| Moldova | 14 | 4,0 |
| Senegal | 13 | 3,7 |
| Perù | 10 | 2,9 |
| Macedonia | 9 | 2,6 |
| Costa d'Avorio | 8 | 2,3 |

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Rimini anno 2024.



769 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.9%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.477** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 6.2% (97 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

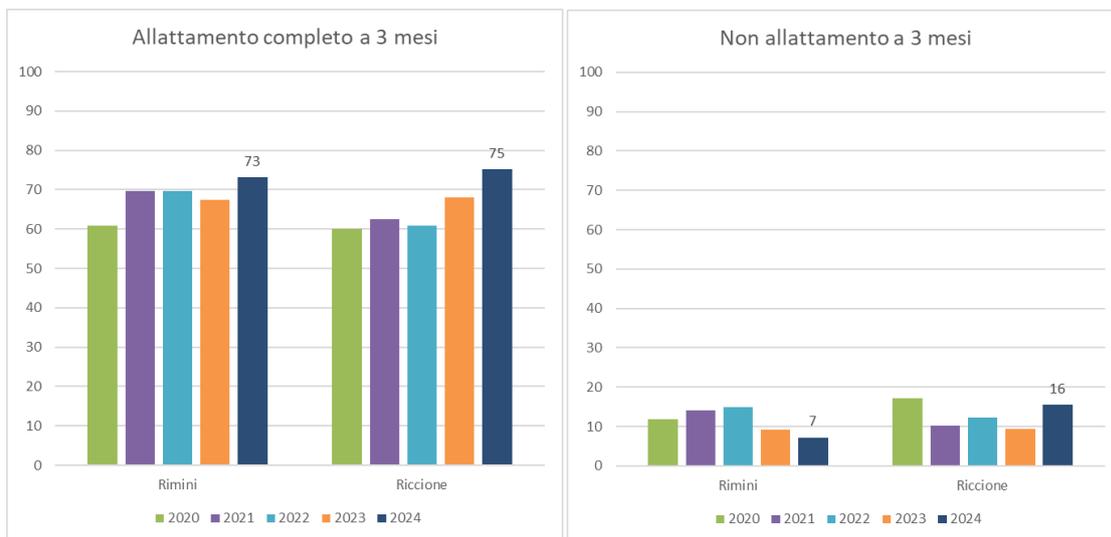


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2020-2024, dati standardizzati per età.

