



# Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, da prima del concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel programma GenitoriPiù

## SINTESI DEI RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

Nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e la promozione di fattori protettivi sono azioni efficaci per prevenire alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e della sua futura vita d'adulto. In un'ottica di continuità e valorizzazione dell'esperienza maturata fino ad oggi nel Paese con altri sistemi di sorveglianza di popolazione, il Ministero della Salute/CCM (Centro nazionale per il Controllo e la prevenzione delle Malattie) ha promosso e finanziato un progetto per sperimentare un sistema di sorveglianza dei principali determinanti di salute del bambino, da prima del concepimento ai 2 anni di vita, inseriti nel programma nazionale GenitoriPiù. Il progetto - coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con 5 Regioni (Campania, Calabria, Marche, Puglia, Veneto), l'ASL Milano (oggi ATS della Città Metropolitana di Milano) e l'Università Ca' Foscari Venezia - ha previsto il disegno, la sperimentazione e la valutazione di tale sistema in un'ottica di estensione nazionale e di ripetibilità nel tempo. La sperimentazione ha coinvolto 13 Distretti Sanitari, 153 professionisti sanitari e oltre 14.000 madri.

### Sperimentazione del Sistema di Sorveglianza: aspetti metodologici

Il Sistema di Sorveglianza ha raccolto informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento ai 2 anni di vita (Figura 1) ed è stato disegnato al fine di produrre indicatori che consentano confronti territoriali e intertemporali e che sono, almeno in parte, richiesti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

Le informazioni sono state rilevate all'interno dei Centri Vaccinali (CV) mediante un questionario somministrato alle madri in occasione della seduta vaccinale del proprio figlio. La rilevazione si è caratterizzata come una indagine campionaria finalizzata a produrre stime rappresentative a livello di Distretto Sanitario. Pertanto, tutti i CV dei Distretti selezionati sono stati invitati a partecipare alla raccolta dati.

La sperimentazione ha previsto l'arruolamento di tutte le madri di bambini con età compresa tra 0 e 2 anni che si presentavano al CV per una seduta vaccinale durante il periodo di raccolta dati. Ogni madre eleggibile è stata coinvolta una sola volta nello studio.

Poiché in fase di disegno dello studio, è emersa una forte eterogeneità in termini di organizzazione, dotazione strutturale e capacità operativa dei CV, si è deciso di lasciare una certa flessibilità nella scelta delle modalità di rilevazione da adottare; ciascuna realtà ha scelto quelle che si adattavano meglio alle proprie peculiarità, pur garantendo la confrontabilità dei dati raccolti (Figura 2).

I 7 determinanti sono stati inclusi da tutti i Distretti tranne il Veneto che ne ha indagati solo 4. In tutti i Distretti, la maggioranza degli operatori coinvolti nella Sorveglianza è stato personale interno al CV.

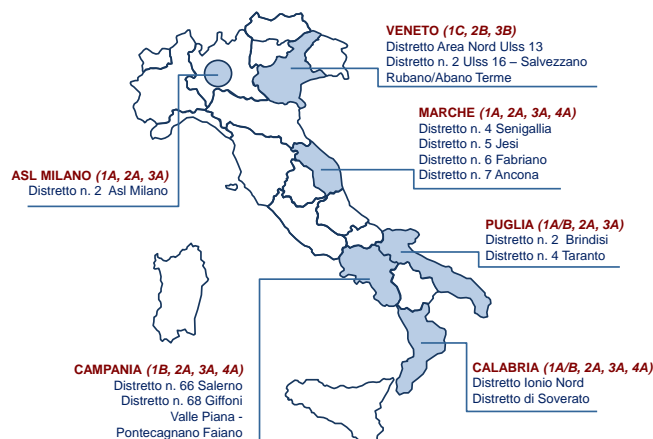


Figura 1 – I 7 Determinanti di salute inclusi nel Sistema di Sorveglianza (non è stata inclusa la sicurezza in auto e in casa)

#### Modalità di raccolta dati e organizzazione del lavoro:

1. Auto compilazione del questionario cartaceo da parte della madre con supporto e controllo del questionario compilato da parte di un operatore sanitario (1A) o somministrazione delle domande alla madre da parte di un operatore sanitario e registrazione delle risposte su questionario cartaceo (1B) o direttamente su supporto informatico (1C)
2. Raccolta dati effettuata una volta terminata la seduta vaccinale (2A) o prima di iniziare l'anamnesi vaccinale (2B)
3. Registrazione dei rifiuti e del numero di bambini non accompagnati dalla madre (in tutti i Distretti)
4. Interruzione della raccolta dati una volta raggiunta la numerosità stabilita in fase di disegno dello studio (in tutti i Distretti)
5. Data entry nel software creato ad hoc per la Sorveglianza (3A) o utilizzo del sistema di registrazione dei dati in dotazione ai CV (3B)
6. Distribuzione del materiale informativo alle madri e ai pediatri di libera scelta (in tutti i Distretti)
7. Presenza di incentivi economici per gli operatori (4A)

Figura 2 – Distretti partecipanti e modalità raccolta dati



## Valutazione della fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza: aspetti metodologici

La valutazione della sperimentazione della Sorveglianza è stata finalizzata a determinare se e con quali modalità tale Sistema possa assumere, in futuro, i caratteri di un sistema di sorveglianza nazionale.

*È possibile estendere il Sistema di Sorveglianza ad altri territori italiani?*

*È sostenibile la ripetizione nel tempo del Sistema di Sorveglianza?*

*Quali sono le condizioni che rendono il Sistema di Sorveglianza estendibile e ripetibile?*

*Quali sono gli elementi che possono minacciarne l'estendibilità e la ripetibilità?*

Il processo valutativo ha previsto la raccolta di informazioni per: i) descrivere le modalità con cui è stata sperimentata la Sorveglianza nell'ambito di ciascun contesto territoriale e organizzativo; ii) determinare l'impatto che la sperimentazione ha avuto sui CV; iii) identificare le criticità emerse durante la sperimentazione e raccogliere suggerimenti circa le loro possibili soluzioni.

Tutti gli operatori sanitari, i referenti e loro collaboratori sono stati invitati a compilare, via web, un questionario semi strutturato di valutazione dell'esperienza vissuta nell'ambito del Progetto. I professionisti si sono espressi in merito al reclutamento dei Distretti e dei CV nella sperimentazione, la formazione finalizzata alla Sorveglianza, le attività di raccolta dati (arruolamento delle madri nello studio, somministrazione del questionario, ecc.), i rapporti tra operatori e con i referenti di progetto, il questionario di rilevazione e, soprattutto, l'impatto della Sorveglianza sui CV e la sua ripetibilità.

Oltre a ciò, il Progetto ha previsto anche il monitoraggio dell'andamento della raccolta dati che ha contribuito a far emergere le criticità incontrate durante la rilevazione.

Infine, poiché il Sistema di Sorveglianza rappresenta un'opportunità importante per informare i genitori sui comportamenti corretti da adottare nei confronti dei propri figli e gli operatori costituiscono il canale privilegiato di comunicazione, è stata colta l'occasione della sperimentazione per misurare il livello di conoscenza degli operatori stessi. Al fine di apprezzare se la Sorveglianza abbia costituito un momento di crescita degli operatori, i livelli di conoscenza sono stati indagati attraverso la somministrazione dello stesso questionario prima dell'avvio della rilevazione (al momento della formazione iniziale) e alla sua conclusione.



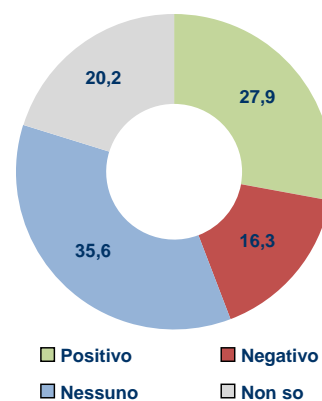
## Valutazione della fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza: i principali risultati

Hanno partecipato alla valutazione della Sorveglianza 104 operatori impegnati direttamente nella raccolta dati (pari al 74% di quelli coinvolti nel progetto) e 26 referenti di progetto e loro collaboratori (pari al 79%).

Il 28% degli **operatori** ritiene che la Sorveglianza abbia avuto un impatto positivo sullo svolgimento delle normali attività del CV, il 16% segnala un impatto negativo, il 36% nessun impatto e il 20% non si esprime (Figura 3). In particolare, la quota di operatori che esprimono una valutazione negativa è decisamente più alta nei Distretti del Nord, soprattutto in Veneto. Gli operatori hanno sostanzialmente segnalato un rallentamento delle attività vaccinali, in alcuni casi un ritardo nello svolgimento delle vaccinazioni programmate, e la necessità di operare una riorganizzazione delle risorse interne al CV.

In Veneto, unica realtà ad aver sperimentato la somministrazione del questionario direttamente sul supporto informatico prima di iniziare l'anamnesi vaccinale, alcuni operatori hanno percepito la rilevazione dei dati come un elemento distraente sia per la madre che per l'operatore.

**Figura 3** – Impatto della Sorveglianza sulle normali attività del CV (%)



*“La raccolta dati ha creato un'occasione in più perché mamma/operatore comunicassero tra loro. E' stato molto positivo che in una sede vaccinale non si sia parlato esclusivamente o per la maggior parte del tempo di vaccinazioni...”*

*“Le mamme si sono sentite protagoniste”*

*“L'esperienza della sorveglianza ha creato un ponte di collegamento tra gli operatori e le mamme...”*

Per chi ha dichiarato un **impatto positivo**, il valore aggiunto è stato la possibilità di migliorare il rapporto con l'utenza proprio in virtù dell'ampliamento dei temi affrontati con la madre (non solo le vaccinazioni, ma anche la promozione della salute). La Sorveglianza ha agito, dunque, come elemento in grado di favorire lo scambio informativo e la collaborazione tra operatore e madre, nonché il consolidarsi di un rapporto fiduciario. A conferma di ciò, l'84% degli operatori si è dichiarato d'accordo con l'affermazione che la Sorveglianza è stata

un'importante occasione per promuovere comportamenti a favore della salute dei bambini tra le madri. La quasi totalità dei rispondenti ha, inoltre, riconosciuto che le informazioni prodotte dalla Sorveglianza sono di grande interesse per coloro che si occupano di salute infantile (95%).

Il 79% degli operatori ha dichiarato che l'esperienza della Sorveglianza può essere ripetuta all'interno del CV, anche se per il 43% tale ripetizione è vincolata all'introduzione di alcune modifiche. Tali percentuali nascondono forti differenze territoriali: mentre nei Distretti del Centro-Sud la quota di operatori che dichiara l'impossibilità di ripetere la Sorveglianza è nulla o, comunque, molto bassa, nei Distretti del Veneto e della Asl Milano sale al 25-35%. Si rileva, inoltre, una quota non trascurabile di operatori che non si esprime (14%), soprattutto nella Asl Milano, nelle Marche e in misura minore in Campania. Gli **aspetti più critici** sui quali operare delle modifiche sono le condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati e il tempo da dedicare a ciascuna madre coinvolta (soprattutto nel Centro-Nord, molto meno nel Sud). Nel primo caso, gli operatori segnalano la mancanza di spazi in cui la madre e l'operatore possano interagire in tranquillità. Nel secondo caso, soprattutto in alcune realtà, gli operatori dichiarano che il tempo è insufficiente a svolgere sia le attività di compilazione del questionario, che di promozione della salute. Inoltre, queste attività sottraggono tempo da dedicare alla vaccinazione, comportando un rallentamento delle normali attività dei CV. Nella Asl Milano, tale segnalazione è associata al suggerimento di svolgere la Sorveglianza altrove e, comunque, di arruolare personale dedicato esterno al CV. Questa posizione sembra essere decisamente minoritaria nelle altre realtà. Alcuni operatori suggeriscono il coinvolgimento di personale dei consultori familiari.

*“Rallentando l'attività vaccinale si prolungavano le attese e non venivano rispettati gli orari degli appuntamenti prolungando ... la durata delle sedute vaccinali ...”*

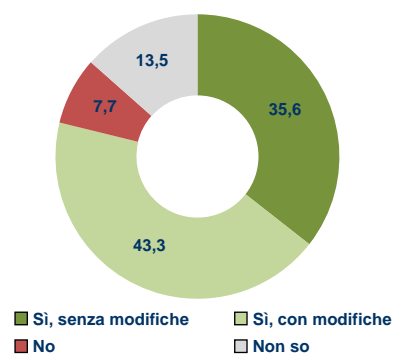
*“L'attività del centro vaccinale è già molto complessa e con tempi strutturati solo per la vaccinazione”*

*“Non esiste privacy - spazi e risorse non idonee...”*

Il loro collaboratori è in linea con quanto dichiarato dagli operatori. Emerge un punto di vista più positivo riguardo la possibilità che l'esperienza venga ripetuta e viene confermata la differenza Nord-Sud con una maggiore presenza di professionisti che segnalano la necessità di operare delle modifiche al sistema sperimentato nei Distretti del Nord. In un'ottica di estensione del Sistema ad altri territori, il coinvolgimento degli operatori dei CV nel Sistema viene segnalato come un elemento di cruciale importanza, sottolineando la necessità di informare, formare e motivare coloro che saranno chiamati a raccogliere i dati e a promuovere l'adozione di comportamenti corretti da parte dei genitori. Particolare attenzione deve essere, inoltre, posta a disegnare un Sistema che sia compatibile con le normali attività dei CV, ovvero che determini un aggravio di lavoro gestibile e sostenibile data l'organizzazione, la dotazione strutturale e la capacità operativa dei centri. In tal senso, alcuni professionisti suggeriscono di prevedere incentivi economici a fronte di un aumento dei carichi di lavoro e/o di affiancare gli operatori con personale esterno di supporto nelle attività di rilevazione.

Infine, è opportuno sottolineare la straordinaria partecipazione delle **madri** all'indagine in tutti i Distretti, oltre il 94%. Se a questo si aggiunge che attualmente in Italia solo pochi bambini non sono vaccinati e il 3% è stato escluso perché non accompagnato dalla madre, emerge chiaramente la forte capacità del Sistema di raggiungere la popolazione target. Sono emerse, tuttavia, alcune criticità nella fase di arruolamento nello studio di cui tener conto.

**Figura 4 – Ripetibilità della Sorveglianza nel CV (%)**



Infatti, poiché ciascuna madre poteva essere intervistata una sola volta, la quasi totalità dei Distretti si è trovata nella situazione di non avere madri arruolabili a determinate dosi vaccinali perché già reclutate alla precedente.

Tale criticità ha determinato un allungamento della durata della rilevazione, protrattasi in molti casi fino a 11 mesi, con conseguente aggravio per i CV.

In conclusione, la valutazione ha evidenziato una eterogeneità di quanto vissuto ed espresso dai professionisti che hanno partecipato alla sperimentazione. Tale variabilità sembra riconducibile più ad una differenza nelle caratteristiche organizzative dei CV che alle diverse modalità con cui è stata sperimentata la Sorveglianza. A fronte di ciò, la valutazione ha comunque permesso, da una parte, di evidenziare alcune importanti opportunità da cogliere per un Sistema di Sorveglianza Nazionale e, dall'altra, di identificare chiaramente gli elementi che potrebbero minacciarne fortemente la fattibilità e sostenibilità.

#### Opportunità

- Rilevanza e interesse per le informazioni prodotte
- Mancanza di una produzione sistematica di tali informazioni
- Popolazione target facilmente raggiungibile
- Forte partecipazione delle madri
- Forte interesse degli operatori dei CV verso un ampliamento delle proprie competenze e funzioni
- Miglioramento della relazione utente - operatore

#### Minacce

- Tempo a disposizione per le attività della Sorveglianza non adeguato
- Rallentamento delle normali attività del CV e sovraccarico per gli operatori
- Condizioni ambientali non adeguate
- Eccessiva durata della raccolta dati
- Lunghezza e complessità del questionario
- Esclusione di parte della popolazione straniera a causa della barriera linguistica

### Verso un Sistema di Sorveglianza Nazionale: possibili azioni da intraprendere

- **Pianificare** la rilevazione in modo da ridurre il più possibile il numero di madri che ciascun CV deve arruolare (ad es. scegliere un livello di rappresentatività territoriale più ampio, come la ASL o la Regione)
- **Gestire** l'arruolamento nello studio per attutirne l'impatto sulla programmazione delle sedute vaccinali (ad es. alternare i giorni per l'arruolamento, prevedere tempi diversi per le singole dosi, ecc)
- **Semplificare** il questionario di rilevazione
- **Ridurre** il numero dei determinanti da indagare
- **Predisporre** il questionario e il materiale informativo in varie lingue in modo da facilitare la partecipazione della popolazione straniera
- **Favorire** la collaborazione e il coinvolgimento di operatori di altri servizi, quali ad esempio i consultori familiari e pediatri di libera scelta
- **Dedicare** ampio spazio alla fase di coinvolgimento, motivazione e formazione degli operatori
- **Prevedere** l'arruolamento di personale esterno ai CV da affiancare agli operatori coinvolti nella Sorveglianza

### Valutazione delle conoscenze sui determinanti da parte degli operatori: principali risultati

La partecipazione degli operatori alla valutazione delle **conoscenze** è stata molto alta, oltre il 90% degli operatori ha compilato il questionario inviato dopo la fine della rilevazione.

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato come il coinvolgimento nella Sorveglianza abbia generalmente aumentato le conoscenze in tutti i contesti dove si è svolta la sperimentazione e come queste conoscenze siano ormai acquisite per alcuni determinanti, mentre su altri elementi sarebbe necessario sviluppare altri momenti formativi. Di seguito sono elencate le conoscenze più consolidate e le aree di miglioramento.

Determinante	Elementi conosciuti dalla quasi totalità degli operatori	Elementi su cui ci sono ancora delle aree di miglioramento
<b>Allattamento al seno</b>	Sei mesi il tempo consigliato di allattamento esclusivo al seno	Allattamento al seno consigliato oltre l'anno di vita
<b>Posizione in culla</b>	Mettere a dormire il bambino a pancia in su protegge dalla sids	Mettere a dormire il bambino di lato non protegge dalla sids
<b>Assunzione di acido folico</b>	Tempi efficaci di assunzione di acido folico	Tempi corretti di assunzione di acido folico
<b>Abitudine al Fumo</b>	Relazione tra fumo in gravidanza e basso peso alla nascita	Allattamento al seno consigliato anche se la mamma fuma
<b>Consumo di bevande alcoliche</b>	Possibili effetti dell'alcol sullo sviluppo fetale	Rischi per la gravidanza anche per modico consumo di alcol



## Determinanti inclusi nella sorveglianza: alcuni risultati

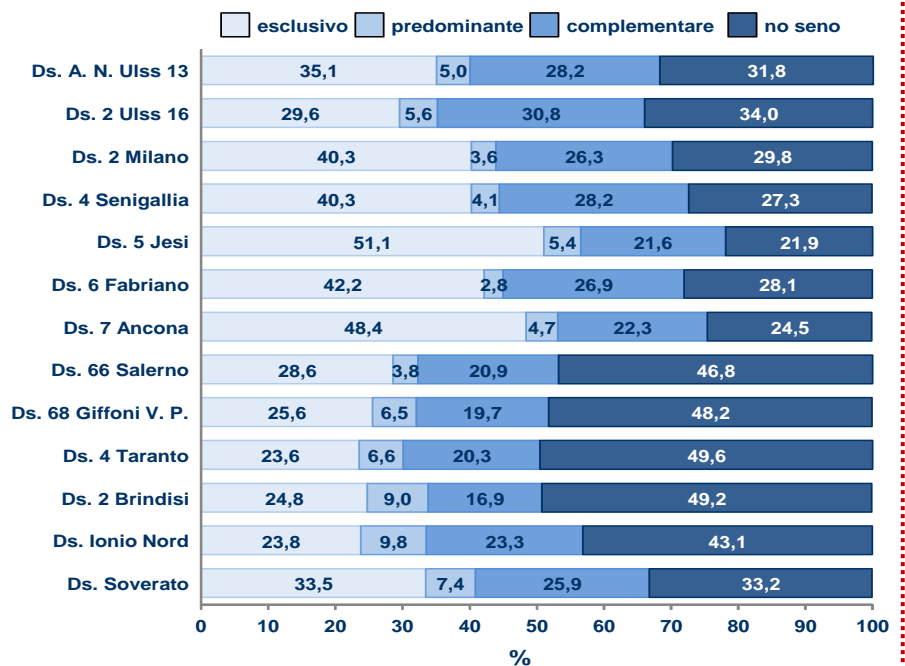
In questa sezione vengono riportati alcuni risultati relativi al campione reclutato e ai determinanti studiati. Si sottolinea che i risultati presentati non sono rappresentativi della Regione i cui Distretti hanno partecipato alla Sorveglianza né tanto meno estendibili a tutta l'Italia, ma indicano le potenzialità di un Sistema di Sorveglianza come quello sperimentato. È necessario pertanto trattare con molta cautela i dati presentati, che vanno letti in funzione di un sistema complesso di variabili (reddito, istruzione, provenienza geografica, ecc.) che permettono di effettuare valutazioni anche sulle disuguaglianze in salute.

In generale si è rilevata una certa variabilità nella distribuzione per età dei bambini per singola dose riconducibile ad una diversa schedula vaccinale, ad aspetti organizzativi dei CV o a ritardo vaccinale. Nei 13 Distretti (Ds) l'età mediana alla prima dose vaccinale contro Difterite-Tetano-Pertosse (DTP) varia da 2 mesi e 6 giorni a 3 mesi e 3 giorni; alla seconda dose DTP varia da 4 mesi e 9 giorni a 5 mesi e 18 giorni; alla terza dose DTP varia da 10 mesi e 24 giorni a 13 mesi e 9 giorni. Le differenze rilevate nelle caratteristiche socio-demografiche delle madri sono da considerare, almeno in parte, causa dell'ampia variabilità negli indicatori descritti.

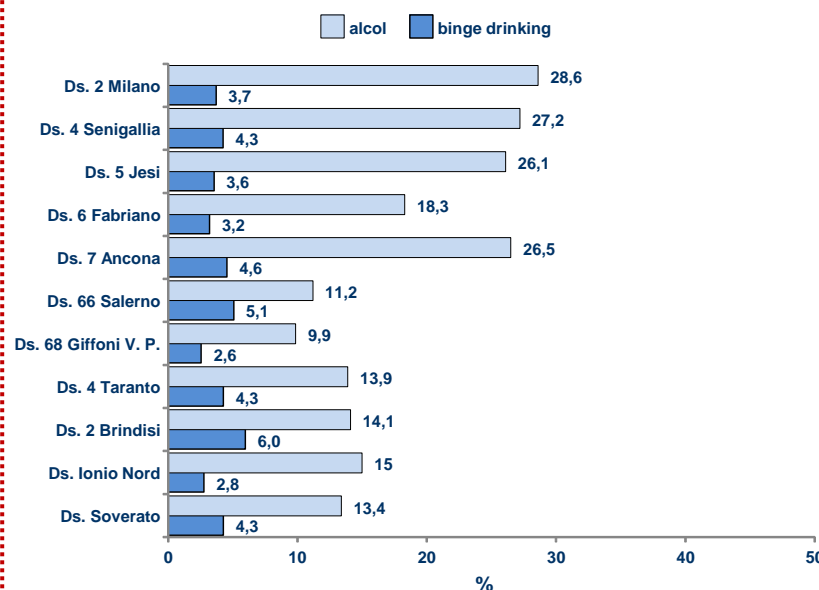
### Allattamento materno

Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento al seno sia per la mamma che per il bambino sono ampiamente documentate. Sulla base di tali evidenze, si raccomanda di allattare in modo esclusivo al seno (solo latte materno) fino ai 6 mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai due anni di età e oltre, se desiderato. I risultati qui presentati, relativi ai bambini di età inferiore ai 6 mesi, mostrano come le madri che allattano al seno in modo esclusivo siano una quota decisamente bassa e varino dal 23,6% al 51,1%. Elevate risultano in alcuni Distretti le percentuali di bambini non allattati al seno. Un'ampia variabilità si rileva anche tra Distretti della stessa Regione.

### Tipologia di allattamento (bambini < 6 mesi)



### Assunzione di alcol e binge drinking in gravidanza



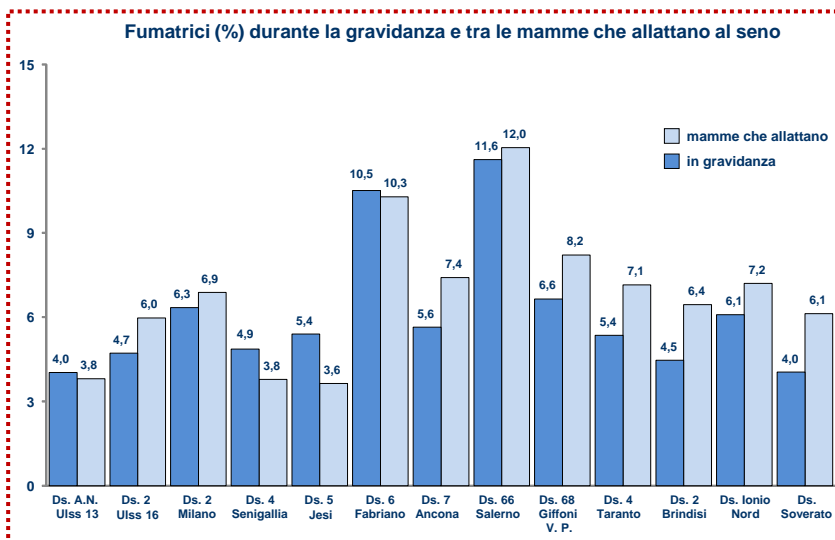
### Consumo di bevande alcoliche

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può provocare danni permanenti alla salute del bambino (FASD, basso peso alla nascita, malformazioni congenite, SIDS, difficoltà cognitive e relazionali). I dati della Sorveglianza mostrano come nei Distretti del centro-nord, circa 2-3 donne su 10 hanno assunto alcol durante la gravidanza mentre nei Distretti del sud, circa una/due donne su 10 dichiarano di aver assunto alcol. Il *binge drinking*, corrispondente all'assunzione di 4 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione con una frequenza di almeno una volta al mese, è stato riportato da circa il 3-4% delle madri senza grosse differenze per Distretto. Le percentuali di madri che in allattamento assumono alcol sono più alte e variano dal 16,7% al 41,0%.

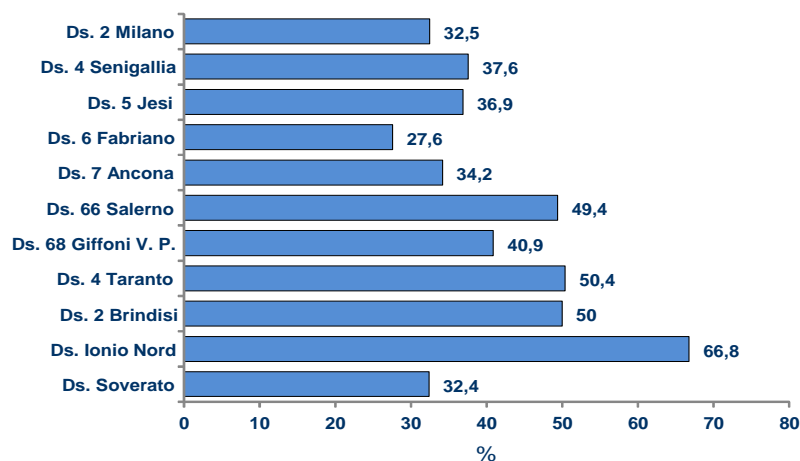
## Abitudine al fumo

Fumare durante la gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale.

I dati di questa Sorveglianza mostrano come, a fronte di prevalenze di fumo prima della gravidanza intorno al 15%, la prevalenza di donne che fumano durante la gravidanza varia dal 4% all'11,6%. Le prevalenze di fumatrici tra le madri che allattano non sono molto diverse dalle prevalenze di fumatrici in gravidanza.



## Bambini a cui non è stato mai letto un libro nell'ultima settimana (bambini ≥ 6 mesi)



## Letture ad alta voce

Leggere regolarmente un libro al bambino già dai primi mesi di età, significa migliorare le sue capacità cognitive e relazionali e lo protegge da dislessia.

I dati della Sorveglianza mostrano come questa pratica sia poco diffusa. Infatti, durante la settimana precedente l'indagine, i bambini di 6 o più mesi a cui non è stato mai letto un libro variano dal 27,6% al 66,8%. I bambini a cui è stato letto almeno un libro tutti i giorni della settimana variano, invece, dall'8,2% al 27,3%.

## Acido folico

L'assunzione periconcezionale di acido folico, ovvero da prima del concepimento fino a 3 mesi dopo il concepimento, protegge da gravi malformazioni congenite. Per tale motivo viene raccomandato di assumere questa vitamina a tutte le donne che programmano o che non escludono una gravidanza.

I dati della Sorveglianza mostrano che, per le italiane, sebbene i livelli di assunzione durante la gravidanza siano superiori al 95% in tutti i Distretti, la prevalenza di assunzione efficace scende drasticamente e varia da 20,5% a 41,3%. La stessa prevalenza calcolata solo sulle gravidanze programmate o non escluse varia da 24,4% al 45,8%. Per le straniere le prevalenze di assunzione efficace variano rispettivamente da 11,2% a 20,3% (tutte le gravidanze) e da 13,5% a 25,3% (gravidanze programmate/non escluse).

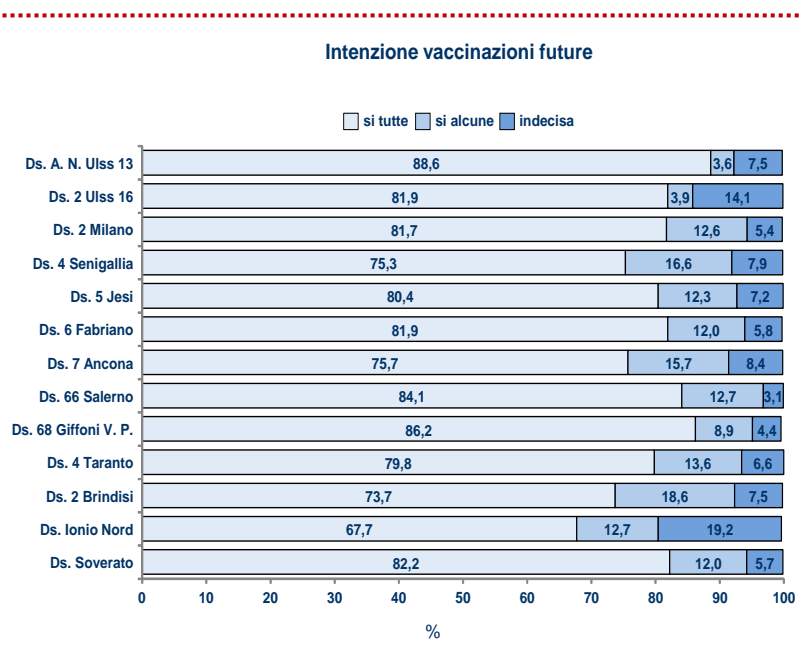


## Vaccinazioni

Con le vaccinazioni oggi è possibile tenere sotto controllo tante malattie infettive che possono determinare complicanze molto pericolose. Effettuare le vaccinazioni consigliate significa proteggere i bambini da tali rischi.

I risultati della Sorveglianza su questo aspetto indicano come tra le madri reclutate, l'intenzione a proseguire con tutte le vaccinazioni non sia scontata e mostri un'ampia variabilità da 67,7% a 88,6%.

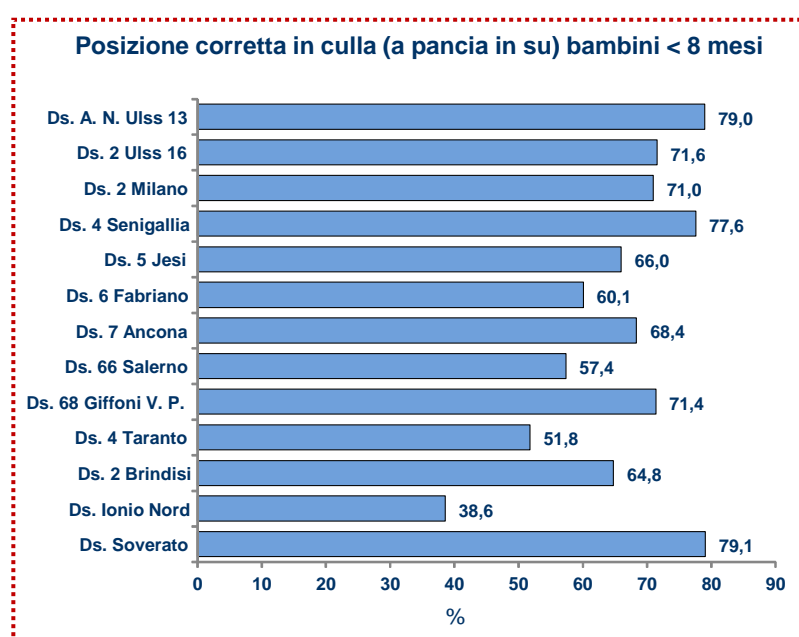
Di particolare interesse risulta inoltre la quota di madri indecise, che si colloca tra il 3,1% e il 19,2%, interpretabile come diretta espressione di timori e di un fabbisogno informativo che chiama in causa le istituzioni sanitarie e tutti gli operatori e professionisti coinvolti.



## Posizione in culla

Si stima che la sindrome della morte improvvisa in culla (SIDS) in Italia si manifesti con una incidenza di circa 1 caso ogni 1000 nati vivi rappresentando una delle principali cause di morte post neo-natale. La ricerca scientifica ha identificato vari importanti fattori di rischio per la SIDS, in primis la posizione in culla - con un rischio significativamente più elevato per bambini messi a dormire in posizione prona o di lato - e nell'ordine, l'esposizione a fumo passivo e il mancato allattamento al seno. Viene raccomandato quindi ai genitori di mettere a dormire il bambino piccolo a pancia in su.

Secondo i risultati della Sorveglianza, le prevalenze di bambini messi a dormire in posizione corretta nei vari Distretti, appaiono molto variabili, dal 38,6% al 79,1%, pertanto in alcune aree risultano ancora molto basse.



## Conclusioni

La sperimentazione della Sorveglianza ha mostrato delle grosse potenzialità per monitorare alcuni determinanti di salute nella prima infanzia e soddisfare un importante bisogno conoscitivo del Paese.

I dati raccolti evidenziano una grande variabilità dei comportamenti adottati dalle madri nei confronti dei propri figli rispetto ai determinanti indagati, indicando la presenza di un bisogno informativo da parte delle madri sulle raccomandazioni esistenti. Sebbene tali dati non siano rappresentativi della situazione nazionale, essi mostrano, da una parte, l'importanza di avere dati in grado di orientare la programmazione d'interventi di promozione della salute nei primi anni di vita del bambino e di monitorarne gli effetti e, dall'altra, esemplificano chiaramente come il sistema sperimentato sia in grado di produrre tali dati.

La valutazione dell'esperienza della Sorveglianza, fatta dai professionisti coinvolti nel progetto, ha evidenziato come sia possibile procedere nella direzione di un Sistema di Sorveglianza Nazionale purché si affrontino le criticità emerse durante la sperimentazione. L'estensione della Sorveglianza all'intero territorio nazionale rappresenta, quindi, un'opportunità da cogliere e una sfida da affrontare.

### **Coordinamento Nazionale**

Angela Spinelli, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Paola Nardone, Marina Pediconi, Enrica Pizzi (*Istituto Superiore di Sanità*)

Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera (*Ministero della Salute*)

### **Referenti di Unità Operative e di Distretto**

Giacomino Brancati, Anna Domenica Mignuoli e Caterina Azzarito (*Regione Calabria*), Teresa Napoli (*ASP Catanzaro*), Letizia Cimminelli e Anna Vitelli (*ASP Cosenza*), Gianfranco Mazzarella (*Regione Campania*), Mariagrazia Panico, Gelsomina Ragone, Adele D'Anna e Annalisa Nardacci (*Asl Salerno*), Elisabetta Benedetti (*Regione Marche*), Marco Morbidoni, Elisa Ambrogiani e Antonella Guidi (*Osservatorio Epidemiologico-ASUR Marche Area Vasta 2*), Daniela Cimini, Patrizia Marcolini, Francesca Pasqualini e Rosanna Rossini (*ASUR Marche Area Vasta 2*), Maria Enrica Bettinelli, Wilma Zappi, Gemma Lacaïta e Maurizio Valentini (*ASL Milano*), Cinzia Germinario e Maria Teresa Balducci (*Regione Puglia*), Pasquale Domenico Pedote (*ASL Brindisi*), Antonio Pesare e Giovanni Caputi (*ASL Taranto*), Leonardo Speri e Lara Simeoni (*Regione Veneto*), Lorena Gottardello (*ULSS 16, Padova*), Donatella Campi (*ULSS 13, Venezia*), Stefano Campostrini e Stefania Porchia (*Università Ca' Foscari – Venezia*).

### **Comitato Tecnico**

Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Paola Nardone, Enrica Pizzi (*Istituto Superiore di Sanità*), Serena Battilomo e Stefania Iannazzo (*Ministero della Salute*), Maria Enrica Bettinelli (*ASL Milano*), Anna Domenica Mignuoli (*Regione Calabria*), Gianfranco Mazzarella (*Regione Campania*), Marco Morbidoni (*Regione Marche*), Cinzia Germinario (*Regione Puglia*), Leonardo Speri (*Regione Veneto*), Stefano Campostrini (*Università Ca' Foscari-Venezia*), Giuliana Bodini (*Associazione Nazionale Assistenti Sanitari-AsNAS*), Maurizio Bonati (*Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"–IRCCS*), Giampietro Chiamenti (*Federazione Italiana Medici Pediatri–FIMP*), Michele Conversano (*Società Italiana di Igiene-SItI*), Giovanni Corsello (*Società Italiana di Pediatria-SIP*), Paolo Siani (*Associazione Culturale Pediatri-ACP*).

### **Ringraziamenti**

Si ringraziano tutti i professionisti e tutti i collaboratori amministrativi che hanno partecipato a questo progetto. Una sincera gratitudine va a tutte le madri che si sono rese disponibili a compilare il questionario.

*Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM*

### **Per maggiori informazioni sul “Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni”**

#### **Sito Internet:**

<http://www.genitoripiu.it/pagine/progetto-sorveglianza-zero-due/progetto>

#### **Contatti:**

Enrica Pizzi: e-mail [enrica.pizzi@iss.it](mailto:enrica.pizzi@iss.it)

Angela Spinelli: e-mail [angela.spinelli@iss.it](mailto:angela.spinelli@iss.it)

