

zero due

**Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni:
finalità, metodologia e risultati della
Sperimentazione**

a cura di Enrica Pizzi, Angela Spinelli,
Laura Lauria, Marta Buoncristiano,
Paola Nardone, Silvia Andreozzi
e Serena Battilomo

Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione

a cura di Enrica Pizzia^a, Angela Spinelli^a, Laura Lauria^a,
Marta Buoncristiano^{ab}, Paola Nardone^a, Silvia Andreozzi^a
e Serena Battilomo^c

^aCentro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto
Superiore di Sanità, Roma

^bDipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma,
Roma

^cDirezione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione

A cura di Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Silvia Andreozzi e Serena Battilomo

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 nel nostro Paese con altri sistemi di sorveglianza di popolazione, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato il Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù" per sperimentare un Sistema di Sorveglianza sui principali determinanti di salute del bambino presso i centri vaccinali. 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 14.263 mamme.

Il Rapporto presenta le finalità del progetto, la metodologia utilizzata e i risultati della Sperimentazione.

Parole chiave: sorveglianza, salute dei bambini, centri vaccinali

Project Surveillance of Children 0-2 years: purpose, methods and results of the pilot study

Edited by Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Silvia Andreozzi and Serena Battilomo

In the perinatal period and in the first years of life, reducing exposure to risk factors and promoting protective factors are effective measures to prevent a number of major health problems of child and her/his future adult life. According to the experience gained in our country with other population surveillance systems, the Ministry of Health/CCM has sponsored and funded the Project "Surveillance System on the eight determinants of the health of the child, from conception to 2 years of life, included in the GenitoriPiù Program" to test a surveillance system on the major determinants of child health in the vaccination services.

The project - coordinated by the National Institute of Health in collaboration with five regions (Campania, Calabria, Marche, Puglia, Veneto), the ASL Milano (now ATS of the Metropolitan City of Milan) and the Ca' Foscari University of Venice - has designed, tested and evaluated the system with the view to extend it to the whole country and to repeat it over time. The pilot study involved 13 health districts, 153 health professionals and 14,263 mothers. In this Report, the aims of the project, the methods and the results are presented.

Key words: surveillance, children's health, vaccination services

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti i professionisti e tutti i collaboratori amministrativi che hanno partecipato a questo progetto.

Una sincera gratitudine va a tutte le mamme che si sono rese disponibili a compilare il questionario.

Per informazioni su questo documento scrivere a: enrica.pizzi@iss.it

Progettazione e realizzazione grafica: Silvia Andreozzi

Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni

Angela Spinelli, Mauro Bucciarelli, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Paola Nardone, Enrica Pizzi (*Gruppo di Coordinamento Nazionale – CNESPS – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità*), Serena Battilomo, Maria Grazia Privitera (*Ministero della Salute*), Giacomino Brancati, Anna Domenica Mignuoli e Caterina Azzarito (*Regione Calabria*), Rosario Raffa, 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 Lacaita 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*).

INDICE

Presentazione	vii
Determinanti di salute nella prima infanzia – Il Programma GenitoriPiù <i>Leonardo Speri, Lara Simeoni, Elena Pretti</i>	1
Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità e metodologia <i>Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Laura Lauria, Serena Battilomo, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni, Comitato Tecnico</i>	17
Risultati sulla valutazione della fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza <i>Marta Buoncristiano, Enrica Pizzi, Paola Nardone, Laura Lauria, Angela Spinelli, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni</i>	29
Valutazione delle conoscenze degli operatori coinvolti nella Sperimentazione sui determinanti indagati <i>Stefania Porchia, Stefano Campostrini, Giovanni Rataj</i>	43
Risultati sui determinanti inclusi nella Sperimentazione della Sorveglianza <i>Laura Lauria, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Enrica Pizzi Paola Nardone, Angela Spinelli, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni</i>	49
L'esperienza della Sorveglianza nei Centri Vaccinali: parola alle Unità Operative coinvolte <i>A cura delle Unità Operative coinvolte nella raccolta dati</i>	75
Verso un Sistema di Sorveglianza Nazionale <i>Marta Buoncristiano, Enrica Pizzi, Laura Lauria, Paola Nardone, Angela Spinelli, Serena Battilomo</i>	89
Appendice A GenitoriPiù: il razionale e le raccomandazioni sugli otto determinanti	95
Appendice B Schede e Questionari utilizzati	97
Appendice C Operatori coinvolti nel Progetto	137

Presentazione

Negli ultimi anni l'OMS e l'UNICEF sottolineano sempre più la necessità di interventi in età precoce per favorire un efficace e tempestivo contrasto alle disuguaglianze in salute. Le evidenze scientifiche disponibili documentano, infatti, come alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto sono prevenibili mediante semplici azioni realizzabili nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, sia attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio, che con la promozione di fattori protettivi. Difatti le patologie ed eventi prevenibili (primi fra tutti malformazioni congenite, prematurità e basso peso alla nascita, infezioni, obesità, difficoltà cognitive, disturbi dello sviluppo, SIDS, incidenti) rappresentano non soltanto una quota importante della mortalità e della morbosità dei primi due anni di vita, ma anche una parte non trascurabile della morbosità in età più avanzate.

La ricerca scientifica mette in evidenza come la salute delle persone sia influenzata da numerosi fattori quali eredità genetiche, scelte comportamentali, esposizioni ambientali, relazioni familiari, contesti sociali e aspetti culturali.

Per far fronte a tali necessità, in questi anni si sono sviluppate nel nostro Paese alcune iniziative/programmi per promuovere azioni di prevenzione e promozione della salute di dimostrata efficacia nei primi 2 anni di vita (assunzione di acido folico in periodo preconcezionale, non assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento, non esposizione al fumo in gravidanza e in allattamento, allattamento al seno, posizione in culla, promozione della sicurezza in auto e in casa, vaccinazioni, promozione della lettura ad alta voce ai bambini).

Sebbene queste iniziative/programmi siano fondamentali per far sviluppare una cultura della prevenzione e far crescere la consapevolezza su queste tematiche, a livello nazionale non esiste ancora un sistema di sorveglianza che possa monitorare l'applicazione di queste azioni nella prima infanzia, al fine di valutare i comportamenti di salute e mirare in modo efficace le azioni. Difatti i Sistemi di Sorveglianza in Salute Pubblica sono strumenti che possono contribuire sia alla riduzione della morbosità e mortalità, sia al miglioramento della salute della popolazione.

Data quindi la rilevanza di queste tematiche per la salute pubblica e l'assenza di una sorveglianza per i bambini piccoli, il Ministero della Salute/CCM (Centro nazionale per il Controllo e la prevenzione delle Malattie) ha promosso e finanziato il Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù" con la finalità di verificare la fattibilità di realizzare una sorveglianza sui principali determinanti di salute nei bambini piccoli presso i Centri Vaccinali.

Il progetto - coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con 5 Regioni (Campania, Calabria, Marche, Puglia, Veneto), l'ASL di Milano (oggi ATS 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.

In questa pubblicazione viene presentato il Rapporto Finale del progetto. In particolare nel primo capitolo dopo una disamina sui dei determinanti di salute nella prima infanzia, viene descritta l'esperienza del Programma GenitoriPiù dalla quale nasce il Progetto; nel secondo si descrivono la finalità e la metodologia utilizzata. Il terzo, quarto e quinto capitolo sono dedicati ai risultati. Nel sesto capitolo viene dato spazio alla descrizione dell'esperienza a livello locale, mentre nell'ultimo vengono presentate le principali indicazioni emerse dalla sperimentazione e alcuni spunti di riflessione per quanto riguarda la definizione di un Sistema di Sorveglianza a carattere nazionale.

Determinanti di salute nella prima infanzia – Il Programma GenitoriPiù

Leonardo Speri, Lara Simeoni, Elena Pretti

UOS Servizio Progetti Promozione Salute – ULSS 20 Verona

“La traiettoria di una vita umana è influenzata dalla genetica, dall’epigenetica e dal retaggio intrauterino, dall’esposizione all’ambiente, dall’educazione familiare e dalle relazioni sociali, dalle scelte comportamentali, dalle norme sociali e dalle opportunità che vengono trasferite alle future generazioni e dai contesti storici, culturali e strutturali.”

Minsk Declaration – 2015 (1)

I primi 1000 giorni, tra rischi ed opportunità

Ci sono sempre maggiori evidenze sull’importanza di interventi precoci di promozione della salute: già nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita si creano condizioni più o meno favorevoli ad un sano sviluppo psicofisico degli adulti del futuro.

Un incrocio complesso di fattori genetici e ambientali, di determinanti psicologici e antropologici legati agli stili di accudimento ed alla relazione affettiva, di determinanti comportamentali legati agli stili di vita genitoriali, di determinanti socioeconomici, dell’accessibilità (o meno) a specifici interventi preventivi, produce per ogni soggetto un percorso di salute singolare, originale, più o meno felice nell’immediato (proteggendo o meno da abortività, prematurità, mortalità perinatale, malformazioni congenite, basso peso alla nascita) e più o meno promettente per il suo futuro.

Si conosce inoltre sempre di più il peso delle disuguaglianze sociali, e quindi in salute, già nell’avvio della vita, disuguaglianze che in assenza di interventi sono destinate ad amplificarsi nel tempo e a perpetuarsi nelle generazioni successive (2, 3).

Quest’ottica “evolutiva” viene sempre più evidenziata dalle conoscenze scientifiche che si vanno accumulando per esempio nel campo dell’epigenetica e degli studi sulla plasticità dell’organizzazione dell’organismo, in particolare della rete neuronale, conoscenze che rafforzano la necessità di pensare ai bambini e alle bambine (di seguito indicati genericamente come “bambino”) non come una realtà statica, come “adulti piccoli”, ma di riconoscerne invece la specificità come soggetti in via di sviluppo fin dal concepimento, la loro forte interdipendenza con la mamma, con la costellazione familiare e con l’ambiente di vita.

Una persona con un avvio di vita tumultuoso, che in proiezione futura muterà significativamente i propri destini in base all’equipaggiamento di partenza ed alla sua capacità adattiva e di manipolazione della realtà a proprio favore, come è proprio di tutti gli organismi viventi, caratterizzati quindi dal più alto livello di complessità in natura (4).

Negli ultimi anni ricercatori (5) e importanti Agenzie internazionali, a partire dall’UNICEF (6), hanno focalizzato l’attenzione sui cosiddetti primi 1000 giorni (7), che vanno dal concepimento ai primi due anni di vita. Si sono aggiunti alle robuste

evidenze già note, per esempio sull'importanza dello iodio in gravidanza, nuovi dati sul contributo importantissimo della nutrizione; della futura mamma e del bambino, per la crescita fisica di quest'ultimo, per lo sviluppo del sistema digerente (grazie alla composizione del microbiota intestinale), del sistema immunitario, fino allo sviluppo cognitivo. Quest'ultimo risulta inoltre fortemente legato alla esposizione agli stimoli, assolutamente necessaria per lo sviluppo neurologico (8).

I “primi 1.000 giorni di vita” hanno assunto quindi molto peso come periodo “critico”, inteso nella doppia valenza di “finestra” di vulnerabilità ma anche di opportunità (9) per garantire precisi obiettivi (benessere, crescita, sviluppo, apprendimento, acquisizione delle competenze, produttività).

La specificità di queste “finestre” in ragione della diversità dei momenti di vita, rafforza la necessità di adottare un'ottica *long life course* negli interventi di prevenzione e promozione della salute, che per essere efficaci devono poter contare su azioni volta per volta appropriate al contesto ed alla specificità della fase di vita delle persone.

Già nel 2005 la commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute che ha sviluppato il concetto di *Early Child Development* (10), affrontando il periodo Prenatale e Perinatale (dal concepimento alla nascita) sottolineava l'importanza della nutrizione materna e successivamente del bambino, con il ruolo insostituibile dell'allattamento materno, facendo preciso riferimento alle - allora - ipotesi alla base dell'attenzione ai primi 1000 giorni (11).

Questa consapevolezza è stata recepita a più livelli, con iniziative scientifiche, culturali, di formazione degli operatori e di promozione della salute.

Ora l'*Early Child Development*, con la sua visione strategica fondamentale per le nostre possibilità previsionali, ci dimostra tra l'altro che la quota del potenziale complessivo dell'organismo, in particolare cognitivo, che non sia stata attivata nel corso dello sviluppo, è sempre meno recuperabile più il tempo passa.

Tra gli indicatori importanti universalmente riconosciuti vi è infatti la *Literacy*: insieme delle competenze relative alla lettura e alla scrittura che possono essere precocemente stimulate nei bambini in età prescolare e che ne faciliteranno successivamente l'autonoma capacità di lettura e scrittura e per ricaduta sulle competenze necessarie per gestire la propria salute, cioè l'*Health Literacy*. Dato il nesso evidente con la *Literacy* e l'*Health Literacy*, risulta provato da numerosi studi il peso degli interventi precoci sugli esiti in salute, ma anche economici per la comunità (12). In base alle evidenze disponibili rispondono fortemente alle necessità di mamme e bambini nei Primi 1000 giorni di vita tutti i programmi di tutela della fertilità e della salute riproduttiva, a sostegno di una maternità responsabile e per una predisposizione all'accoglimento del bambino in un ambiente favorevole. Un “ambiente”, a partire dal corpo della mamma, che richiede grande attenzione: una consulenza preconcezionale per la coppia, la supplementazione tempestiva (prima del concepimento) della alimentazione materna con acido folico, l'assunzione di stili di vita sani, con l'astensione da alcol (ed altre sostanze) e fumo, una dieta corretta e una adeguata attività fisica, la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi e il proseguimento

del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare. Completano il quadro per la parte cognitiva l'esposizione precoce del bambino al dialogo, anche durante la gestazione, alle parole attraverso la lettura precoce, alla musica, ad ogni stimolazione in grado di valorizzare il suo potenziale biologico, relazionale e cognitivo. Tutti questi determinanti prevedono interventi e progettualità mirate e sono compresi nel programma GenitoriPiù e, per quel che riguarda gli stili di vita, nel programma interministeriale Guadagnare Salute.

Altri rischi nei primi due anni di vita

Gli studi sui Primi 1000 giorni spiegano solo una parte del destino di salute del bambino e indicano obiettivi imprescindibili ma che non esauriscono lo spettro degli interventi necessari.

Non va per esempio dimenticato il problema dell'abuso e del maltrattamento nelle sue varie forme (13), che richiede attenzioni specifiche a sostegno delle famiglie che ne sono interessate, fino all'intervento a tutela del bambino quando necessario; si pensi alle forme più gravi di depressione post partum, o alla Sindrome del Bambino Scosso (*Shaken Baby Syndrome, SBS*) (14).

Tra le cause più importanti di morbosità e mortalità prevenibili troviamo la SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*), nota anche come morte in culla, che rappresenta, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi: è infatti responsabile del 40% delle morti nel periodo post-neonatale (dal 28° giorno di vita al compimento del primo anno) (15). Risente in parte degli stili di vita e del mancato allattamento, ma soprattutto di altri fattori di grande peso, prima di tutto della posizione supina in culla ed anche dell'ambiente per un sonno sicuro (16).

Gli incidenti in generale sono una causa frequente di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, un problema inoltre in cui la forbice delle disuguaglianze sociali è piuttosto accentuata, con sottopopolazioni di bambini più sfortunati particolarmente esposti (17). Sono la prima causa di morte nella classe di età 0-14 anni, escluso il periodo perinatale. In circa il 37% dei casi si tratta di incidenti stradali, ma sono gli incidenti domestici a rappresentare nella fascia 0-14 anni la causa di morte principale (18).

L'esposizione alle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni, diminuita drasticamente nel tempo, fino alla scomparsa (eradicazione) totale o quasi di alcune pericolose malattie, costituisce ancora un motivo di grande preoccupazione (19). Il successo raggiunto viene pesantemente messo in discussione da una infondata e irrazionale, ma pericolosamente sbandierata, presunzione di pericolosità dei vaccini che crea un clima di incertezza generale, denominata *vaccine hesitancy* (20), che vede vacillare l'intenzione vaccinale dei genitori, che da alcune ricerche risulta in discussione anche fra chi finora ha aderito completamente all'offerta vaccinale (21). Le conseguenze sono progressivi cali nelle coperture vaccinali e rischiosi ritardi nella somministrazione, con il possibile ripresentarsi di epidemie per malattie quasi debellate, già ricomparse sporadicamente, oppure con l'esposizione a infezioni come il tetano. Lo testimoniano, solo per fare alcuni esempi (22), i casi di morte in Europa per alcune malattie come

la difterite, il persistere del morbillo (con una mortalità stimata in 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia), della meningite da *Haemophilus*, o la ripresa della pertosse (23). Quest'ultima nel 38% dei casi riguarda i lattanti con meno di 6 mesi, e nel 71% interessa i bambini di età inferiore ai 5 anni, purtroppo accompagnata da decessi prevalentemente per polmonite (2 decessi ogni 1000 casi), quasi totalmente di bambini entro l'anno di età (la percentuale aumenta se la malattia è contratta nel primo mese di vita) (24).

In base a questi dati, tra le azioni prioritarie elencate nel paragrafo precedente vanno quindi inseriti i comportamenti per un sonno sicuro, per la promozione della sicurezza in casa e in auto, la somministrazione dei vaccini disponibili nel periodo più appropriato. Anche questi comportamenti e interventi sanitari vengono attivamente promossi da diversi programmi mirati e fanno parte dell'insieme di azioni promosse da GenitoriPiù.

GenitoriPiù: un programma di interventi precoci centrato sulle persone in un'ottica *long life course*.

GenitoriPiù è un programma che ha l'obiettivo primario di sensibilizzare la popolazione, in particolare i neo-genitori, sugli strumenti che hanno a disposizione per promuovere la salute del loro bambino e per una maggior consapevolezza delle loro importantissime risorse, come principali attori nel quotidiano impegno per lo sviluppo sano dei loro figli. Contemporaneamente promuove azioni di sistema coerenti con questo obiettivo, quindi una formazione continua degli operatori e una valutazione dei risultati, sia per quel che riguarda gli operatori che la popolazione.

Nato nel 2006 come Campagna di comunicazione sociale nel Veneto in occasione della sospensione dell'obbligo vaccinale, affidata al Servizio Promozione ed Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 20 di Verona, tra il 2007 e il 2009 diventa Progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute (finanziamento ministeriale capitolo 4137/2007).

Il progetto nazionale ha coinvolto 13 Regioni italiane (oltre al Veneto - capofila, Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e l'Asl Milano e l'Asl Milano 2).

Si inserisce fin dal suo nascere nel Programma nazionale Guadagnare Salute, ed è presente più o meno direttamente nei successivi Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione. Attualmente è un Programma nel Piano Regionale della Prevenzione della Regione Veneto 2014-2018, ma anche nei piani di altre Regioni.

Oltre alla Collaborazione con l'UNICEF e con la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri), l'iniziativa può vantare il sostegno delle principali società scientifiche e dalle associazioni professionali attive sul percorso nascita: ACP (Associazione Culturale Pediatri) AICPAM (Associazione Italiana Consulenti Professionali in Allattamento Materno) AsNAS (Associazione Nazionale Assistenti Sanitari) FNCO (Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche) IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri) SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) SIN (Società Italiana di Neonatologia) SIP (Società Italiana di Pediatria) SItI (Società Italiana di Igiene).

Il programma si propone di intervenire su 8 determinanti specifici in grado di incidere sulle principali cause di morte e malattia dal periodo preconcezionale fino ai primi anni di vita. Sul piano scientifico GenitoriPiù fa riferimento al Progetto di ricerca finalizzata del 2000 denominato Sei più uno - Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile (Progetto finanziato dal Ministero della Sanità che ha coinvolto la Regione Basilicata - capofila del Progetto, la Regione Friuli Venezia Giulia, la Regione Piemonte, la Ulss 4 Alto Vicentino, l'Istituto di Pediatria dell'Università Cattolica S. Cuore di Roma e il Centro per la salute del bambino - Onlus di Trieste).

Buona parte delle azioni indicate inoltre parte anche del “Progetto salute infanzia”, già previste nell'Accordo collettivo nazionale dei pediatri di famiglia (Dpr 28 luglio 2000, n. 272).

Recepisce la cultura, gli obiettivi e le strategie del lungimirante Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (D.M. 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000»), a partire dalla Prevenzione e trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni, fino all'offerta attiva di interventi preventivi, come le vaccinazioni, ed alla promozione della salute, in primis l'allattamento esclusivo al seno. Al POMI in particolare va ricondotta la medesima attenzione nel recuperare la centralità della donna e del bambino e delle loro competenze nel percorso nascita, la vocazione all'*empowerment* delle azioni, l'ottica di sistema, la necessità di connettere in rete i servizi, la spinta verso una cultura della valutazione.

Il programma GenitoriPiù ha pertanto trovato una collocazione coerente, sia negli obiettivi che nella metodologia, con importanti documenti internazionali intervenuti negli ultimi anni, come dalla Dichiarazione di Vienna (25) fino alla più recente Dichiarazione di Minsk (1) che ha lanciato uno slogan molto eloquente: *Act Early, Act On Time, Act Together* (26).

Per quanto riguarda il contrasto alle disuguaglianze in salute GenitoriPiù è in linea con le indicazioni del Rapporto finale della Commissione sui determinanti sociali in salute (27) e con le raccomandazioni del documento della Commissione Europea (3) ed è stato censito come esempio positivo nell'Overview Europea 2000-2012 (28).

GenitoriPiù: un modello sinergico e *long life course* e per la promozione integrata di 8 azioni

In base alle ricerche ed esperienze precedenti già citate e alla letteratura disponibile, mantenendo lo sguardo da un lato alle priorità in termini epidemiologici e dall'altro alle azioni che necessitano e possono contare innanzitutto sulla consapevolezza ed iniziativa da parte dei genitori, sono stati selezionati nel corso del tempo 8 determinanti prioritari su cui intervenire con azioni. Accanto a queste sono state individuate, dove possibile, le progettualità nazionali o internazionali più avanzate di riferimento per ogni singolo determinante da proporre come le migliori pratiche, in alcuni casi supportate da evidenze scientifiche particolarmente robuste e consolidate (Tabella 1).

Tabella 1 - Quadro sinottico dei determinanti, gli effetti attesi e i progetti di riferimento del programma GenitoriPiù

Determinante	Protezione da	Progetto di riferimento
Acido Folico	Spina bifida, anencefalia, labiopalatoschisi, malformazioni congenite cardiache, urinarie, degli arti ecc	Pensiamoci Prima http://www.pensiamociprima.net/
Contrasto all'alcol in gravidanza e durante allattamento	Basso peso neonatale, prematurità, mortalità perinatale, infertilità, aborti, SIDS, malformazioni, Sindrome feto-alcolica (FASD e FAS) (29), difficoltà cognitive e relazionali, traumi	Mamma Beve Bimbo Beve (MammePiù) http://www.mammabevebimbobeve.it/
Contrasto al fumo prima e dopo la nascita	Basso peso neonatale, prematurità, mortalità perinatale, SIDS, Patologie delle prime vie respiratorie	Mamme Libere dal Fumo (MammePiù) http://www.mammeliberedalfumo.org/
Allattamento materno	Infezioni gastrointestinali, infezioni delle prime vie respiratorie, SIDS, obesità, difficoltà cognitive e relazionali	Baby Friendly Hospital & Baby Friendly Community Initiative OMS/UNICEF http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm
Posizione supina in culla	SIDS	GenitoriPiù in collaborazione con Semi per la SIDS http://www.sidsitalia.it/
Sicurezza in auto ed in casa	Traumi stradali e incidenti domestici	Prevenzione degli Incidenti Stradali Baby Bum! Prevenzione degli Incidenti Domestici (0-4 anni) http://aiutosonoincasa.com/prevenzione/prevenzione/prevenzione-per-i-bambini/
Vaccinazioni	Specifiche malattie infettive	Calendario Vaccinale Nazionale/Regionale http://www.vaccinarsinveneto.org/
Lettura ad alta voce	Difficoltà cognitive e relazionali, dislessia	Nati per Leggere (Nati per la Musica)/ Leggere per Crescere http://www.natiperleggere.it/

Le azioni promosse poggiano su due livelli di evidenze/raccomandazioni (4):

Il primo livello è relativo ai singoli determinanti

Ognuna delle 8 azioni è presa in considerazione in quanto supportata da robuste evidenze scientifiche e capace di un ampio spettro di effetti protettivi (vedi Appendice A p. 95). I principali:

1. **Assunzione di Acido Folico:** riduzione del rischio dei Difetti del Tubo Neurale intorno al 70% (30, 31)
2. **Astensione dall'Alcol in gravidanza:** protezione totale da FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder - incidenza 2-6%, FAS severa 0,-1,2%) (32)
3. **Astensione dal Fumo:** protezione rispetto a un ventaglio di problemi di cui si riporta l'incidenza: ridotta fertilità femminile e maschile, rischio di gravidanza ectopica e abortività (tra +5% e +70%), basso peso alla nascita (meno 10% c.ca), mortalità perinatale (+ 20-40%), rischio di SIDS (+ 2/3 volte) (33) asma e malattie respiratorie infantili (+1,5/2,5 volte) (34, 35).
4. **Allattamento materno:** riconosciuto capitale di salute di enorme portata nel breve e lungo periodo (36): riduzione di mortalità e di morbidità del bambino e dalla mamma. Oggetto di numerose iniziative internazionali e prima raccomandazione del Programma Guadagnare Salute (37, 38, 39)
5. **Posizione supina in culla:** riduzione dell'incidenza di SIDS (33%- 90%) (16)
6. **Promuovere la sicurezza in strada e in casa** (18)
 - 6a. **Corretto uso dei sistemi di sicurezza in auto:** riduzione mortalità da incidente (età >1 a. meno 69%, 1-4 a. meno 47%), traumi non fatali in età pediatrica (meno 24%)
 - 6b. **Incidenti domestici:** attesa diminuzione (attualmente prima causa di morte tra 0-14 anni)
7. **Vaccinazioni:** rispetto del Calendario Vaccinale: Riduzione di morbosità e mortalità legate alle rispettive malattie, fino all'eradicazione (40, 41).
8. **Lettura ad alta voce:** sviluppo relazione genitore-figlio, benessere mentale, sviluppo cognitivo, sviluppo del linguaggio verbale, successo nella lettura a scuola, aumentata *Health Literacy*, aumentati livelli di salute da adulto (42, 43, 44).

È importante ricordare che le azioni proposte vanno oltre al loro ruolo di fattori protettivi poiché, in quanto “determinanti di salute”, agiscono positivamente su ulteriori indicatori di qualità della vita. Astenersi dal fumo, come fa la grande maggioranza delle donne in gravidanza, o dall'alcol, o indossare le cinture di sicurezza, è salutare anche per i genitori. È anche il caso dell'aumentata “literacy” nei bambini che hanno fatto esperienza della lettura precoce, con una salute globale più promettente per il futuro. L'allattamento al seno in particolare, in quanto atto inscindibile dal contatto pelle a pelle con la mamma, contatto che rappresenta in sé un ulteriore straordinario elemento protettivo, comporta diversi altri effetti positivi, oltre che agire come vero e proprio salvavita in caso di prematurità (con la riduzione drastica della enterocolite necrotizzante

nei neonati pretermine).

Altri benefici seguiranno nel medio e nel lungo periodo, sia per il bambino e il futuro adulto (ridotto rischio di abuso, minore incidenza di obesità e diabete, ipertensione, incidenti cardiovascolari e cancro, migliori performance intellettuali), come anche per la mamma (migliore e più rapido recupero dopo il parto, ridotta incidenza di emorragie, minore incidenza di depressione post-partum, nel lungo periodo riduzione del rischio di tumore al seno e di osteoporosi).

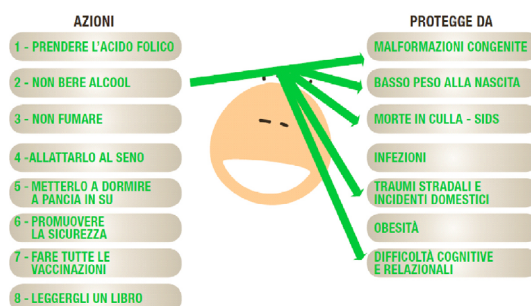
Il secondo livello è relativo al programma nel suo insieme

La letteratura scientifica disponibile sottolinea inoltre gli effetti positivi sulla salute infantile dei comportamenti promossi, mostrando infatti:

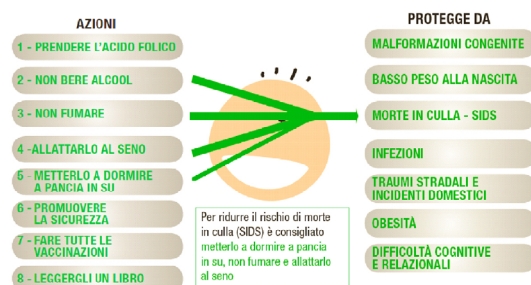
- l'efficacia diretta di un singolo comportamento su un singolo problema (ad esempio prendere l'acido folico e malformazioni congenite)



- l'efficacia di un singolo comportamento nella prevenzione di un più ampio spettro di problemi (ad esempio il non bere alcol protegge da diversi esiti di salute negativi)



- l'efficacia cumulativa di diversi comportamenti che concorrono a prevenire un singolo problema (come nel caso della morte in culla)



Immagini tratte da: Speri L, Brunelli M (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009.

GenitoriPiù arricchisce, sviluppa e propone di mettere a sistema il modello integrato di Promozione della Salute materno-infantile sperimentato nel 2000-2002 dalla Ricerca finalizzata “Sei più uno - sviluppo e valutazione degli interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile”. Questa integrazione costituisce uno degli elementi innovativi introdotti dal Progetto Sei Più Uno (45): *“gli interventi che sono centrati sulla promozione simultanea di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio comportano effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto ad interventi finalizzati a modificare singoli fattori”*.

Il passaggio concettuale verso una visione di insieme prevede la transizione dalla “prevenzione di rischi” ad una visione più complessiva di “promozione della salute” e dei suoi determinanti.

GenitoriPiù sviluppa questa strategia “unitaria” quasi contemporaneamente alla proposta di un intervento integrato sui 4 principali determinanti per la prevenzione delle Malattie Croniche non Trasmissibili proprio del programma interministeriale Guadagnare Salute (di cui è partner), programma di “Promozione della salute” che prevede un intervento “multicomponenti”, con attività di comunicazione e informazione per la salute in un’ottica intersettoriale e di *empowerment*.

Nello specifico di GenitoriPiù gli 8 determinanti comportamentali vengono quindi declinati dal punto di vista dell’*Early childhood development*, con al centro la persona e il ciclo di vita, in un’ottica di equità (*Equity Lens*).

Questa visione d’insieme trova infine ulteriori conferme di contenuto e metodologiche, tra le altre, nelle più recenti raccomandazioni internazionali (46).

Accanto quindi all’ottica *long life course*, i documenti internazionali citati nello spirito della carta di Ottawa (47), ci ricordano il carattere unitario della persona e la sua interdipendenza con l’ambiente, e quindi la necessità di un approccio olistico, che impegna chi lavora in questo campo ad armonizzare le diverse linee di attività preventive legate a singoli fattori.

Va tenuto poi conto dell’unità, in primo luogo biologica e psicologica, della coppia mamma/bambino, elemento imprescindibile fin dall’avvio del “progetto” di figlio che, assieme al partner dovrebbe partire con la costruzione di un habitat riproduttivo adeguato (la salute di entrambi in particolare materna), per proseguire con i successivi legami di interdipendenza per tutta la gravidanza. L’interdipendenza, ancora biologica ma sempre più affettivo-relazionale, continua dopo la nascita nei primi mesi per tutta la cosiddetta esogestazione, allentandosi di pari passo con la progressiva crescita dell’autonomia del bambino.

L’ottica “*long life course*” tiene conto anche di questo “percorso nel tempo” che riprende il tema delle finestre di esposizione introdotto nel paragrafo relativo ai primi 1000 giorni, e prevede una tempestività negli interventi lungo una serie di tappe adeguate (Figura 1). Per una miglior visualizzazione di come GenitoriPiù cerca di proporre a genitori e operatori questa visione di insieme, si rinvia al materiale informativo e al gioco interattivo in Home Page del sito www.genitoripiu.it.



Figura 1 - Sito di GenitoriPiù - Calendario delle azioni di salute

Risulta infine evidente che questi determinanti non esauriscono gli interventi necessari e non possono essere disgiunti da una cultura della relazione e dalla promozione più in generale della genitorialità, partendo dalla consapevolezza delle risorse che bambini, mamme e famiglie sanno esprimere.

GenitoriPiù: un programma centrato sulla persona per l'empowerment delle famiglie, degli operatori, della comunità

L'esperienza della nascita e del diventare genitori, nel nostro tempo, si sta rapidamente evolvendo e modificando. Il cambiamento della struttura familiare e dei legami al suo interno, della società, attraverso l'incontro con altre culture, la trasformazione dei ruoli maschile e femminile, il ridotto numero delle nascite, la pianificazione familiare, la grande quantità di informazioni, le più disparate, che raggiungono i nuovi genitori attraverso i mille canali dell'informazione, sono solo alcuni degli elementi che rendono complesso il percorso di una nascita, nascita di un bambino e nascita dei suoi genitori.

Se prendiamo tutte le conseguenze dell'invito della Carta di Ottawa "a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute" potremo scoprire quanto ancora molte attività in ambito socio-sanitario rischino di sottovalutare il potenziale delle persone.

Abbiamo innanzitutto quello straordinario patrimonio biologico sorgivo, tenacissimo, che in avvio della vita contraddistingue i neonati, anche pretermine, e le loro mamme, ma per ogni successivo passo dello sviluppo sarà possibile con occhio attento riconoscere quali capacità, spesso sorprendenti, sanno metter in campo mamma e bambino.

Basti pensare, come sa bene chi si occupa di allattamento, ai pattern motori esercitati fin da subito dal neonato, durante il contatto pelle a pelle (*skin to skin*) per raggiungere il seno (48), o, dall'altra parte, alle capacità di termoregolazione del corpo della mamma per prevenire l'ipotermia o moderare l'ipertermia del bambino.

Altre capacità cercheranno espressione in tutti i comportamenti di ricerca/apprendimento da una parte e di risposta in termini di accudimento/stimolo dall'altra, con un ruolo crescente dell'intorno familiare a partire dal padre. Fornire informazioni

corrette, promuovere comportamenti adeguati, proteggere, sostenere, e anche sgombrare il terreno dagli ostacoli della medicalizzazione dove non necessaria, per consentire alle persone di sprigionare le loro forze anziché avvilirle con interventi prescrittivi e magari inappropriati e iatrogeni, è il compito strategico di chi promuove salute.

Per le caratteristiche sopra descritte gli interventi promossi da GenitoriPiù sono fortemente votati all'*empowerment*: alcuni di questi possono contare solo sulle energie presenti nelle donne, nei bambini nelle famiglie e nella comunità.

GenitoriPiù, con il *claim* “Prendiamoci più cura della loro vita”, ha cercato di proporre, attraverso un adeguato studio di tutti i messaggi prodotti, l’immagine di un genitore “normale”, “quasi perfetto” (Bettelheim B.) (49), che non può essere perfetto ma che dà il meglio di sé a fronte ai suoi compiti, accompagnato da un sistema sanitario impegnato ad offrire il meglio in termini di proposte di salute. L’intento era, ed è, di evitare da un lato l’eccesso di idealizzazione delle capacità delle famiglie e dall’altro messaggi autoreferenziali da parte dell’istituzione e dei suoi operatori, che enfatizzando eccessivamente il proprio ruolo possono indurre passività e dipendenza.

La produzione di tutto il materiale promozionale, multimediale e multilingua, disponibile interamente su <http://www.genitoripiu.it/pagine/materiali>, è orientata da questo atteggiamento di fondo, cercando di creare uno stile comunicativo che destinato ai genitori, sia capace di coinvolgere ed influenzare anche gli operatori.

La attività di **Promozione** sono strettamente connesse con altri tre pilastri del Programma: la **Formazione**, la **Rete** e la **Valutazione**.

Va precisato che un ulteriore elemento considerato è il “Riorientamento dei Servizi”, che talvolta richiede cambiamenti anche organizzativi, i quali pur non essendo nelle prerogative della Promozione della Salute, sono stati comunque attivamente promosso da GenitoriPiù o attraverso i progetti (per esempio i 10 passi della *Baby Friendly Hospital Initiative* dell’OMS/UNICEF per l’allattamento) o l’attività di *advocacy* (per esempio per la mediazione linguistico culturale, per il miglioramento delle attività vaccinali, ecc.)

La “Promozione” verso la popolazione viene costantemente accompagnata da una parallela “Formazione” per gli operatori del percorso nascita, proposta in base ad una periodica Valutazione delle loro conoscenze e competenze, in particolare di ascolto e di *counselling*, curando in particolare la restituzione dei dati sia generali che a livello di singole aziende sanitarie. La formazione punta non solo a rendere coerenti le risposte degli operatori con i messaggi di salute, ma anche a migliorare l’omogeneità degli interventi all’interno del percorso nascita, cercando di superarne la frammentazione; di qui il lavoro di Rete fra operatori e fra servizi del percorso nascita (ginecologi sia territoriali che ospedalieri, infermieri, infermieri pediatrici, ostetriche, assistenti sanitarie, pediatri ospedalieri, psicologi, medici igienisti, pediatri di famiglia e in prospettiva ai medici di medicina generale impegnati nei Punti Nascita, Consultori Familiari, ambulatori Ostetrici Ginecologici, Pediatria di famiglia, Servizi vaccinali, ecc), e l’apertura intersettoriale sia con le istituzioni che con le organizzazioni spontanee presenti nel territorio.

Immateriali e poco misurabili, il Capitale Sociale e la Genitorialità sono infatti qualità

trasversali a qualsiasi percorso di accudimento, educativo e anche “di salute”. La promozione di una Genitorialità ben orientata, consapevole e responsabile nelle scelte di salute è il cuore del tentativo di GenitoriPiù di rafforzare o riannodare reti di sostegno intorno alle persone nel tratto di strada che va dal periodo periconcezionale ai primi anni di vita.

Accanto alle attività di Rete, di Valutazione sia delle conoscenze e dei comportamenti dei genitori che degli operatori, e della conseguente attività di Formazione, il programma GenitoriPiù ha mantenuto un costante impegno per raggiungere nel modo più capillare possibile tutta la popolazione interessata.

Le iniziative di Promozione hanno registrato nel tempo una attenzione crescente a disinnescare il potenziale incremento delle disuguaglianze in salute di cui devono necessariamente tener conto programmi universalistici rivolti a popolazioni molto diverse, con diverse culture, capacità, e anche con diseguali opportunità di accesso ai servizi e di esposizione ad una corretta informazione.

Prendere in considerazione l'importante quota di nati da mamme straniere e la grande diversità delle culture di provenienza, anche in ordine alla salute ed alle pratiche per l'accudimento dei bambini, è stata solo la prima di una serie di riflessioni, progetti e azioni conseguenti orientate al contrasto delle disuguaglianze in salute.

Presupposti per un Sistema di Sorveglianza e contrasto delle Disuguaglianze Precoci

Raccogliere dati, poter valutare conoscenze e competenze di genitori e operatori, avere quindi un Sistema di Sorveglianza, è stato fin dall'inizio del programma una necessità che è diventata prepotente con la consapevolezza della presenza di significative disuguaglianze in salute.

L'attività valutativa ha rappresentato in effetti un elemento di elevata qualità che ha accompagnato GenitoriPiù, e che ha permesso, permette ancora e promette la massima capitalizzazione del lavoro svolto (50).

In collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia – Dipartimento di Statistica è stato realizzato e affinato nel tempo un disegno valutativo (51), sia sul processo che sui risultati, corredando il tutto con diversi report quali si rimanda per un'analisi dettagliata (52).

Il percorso di Valutazione intrapreso finora offre una serie di contributi molto articolata, che costituisce un apporto significativo al progetto CCM “Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù”, oggetto del presente Rapporto.

Il primo contributo è rappresentato un'indispensabile funzione terza rispetto al lavoro dei responsabili del programma, per uno sguardo più obiettivo sulle attività intraprese.

Il secondo è relativo al perfezionamento dello strumento di rilevazione: un questionario i cui *items* sono stati progressivamente migliorati dal punto di vista della pertinenza, della comprensibilità e della riduzione dei margini di errore, cercando di mantenere la maggior confrontabilità possibile nel tempo e con gli altri Database disponibili.

Un terzo contributo riguarda i Data Base raccolti nelle survey del 2009, 2012, 2013, molto interessanti per numerosità dei campioni, ricchezza dei campi e confrontabilità: si tratta di un patrimonio con potenzialità di indagine ed approfondimento rilevanti, sia in generale che “determinante per determinante”, in grado di guidare gli esperti e i leaders dei progetti relativi alle 8 azioni, ma anche i decisori.

Il quarto e probabilmente non ultimo, l’apertura ad un *Equity Approach*: i dati hanno evidenziato da subito forti disuguaglianze in base al livello di istruzione e la provenienza geografica dei genitori, ma anche nella distribuzione delle competenze tra gli operatori.

Nella prima ricerca all’interno della fase nazionale del progetto, condotta in 5 aree geografiche del paese nel 2009 (50), erano state inserite la variabile cittadinanza ed istruzione. Tra i vari dati colpiva il divario dei comportamenti tra Nord e Sud Italia su alcuni determinanti, sensibili anche al livello di istruzione, risultati che incoraggiavano ad affinare gli strumenti e a proseguire nella valutazione delle disuguaglianze.

Il campione delle mamme straniere risultava allora evidentemente sottorappresentato per cui le successive ricerche effettuate dal programma all’interno del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Veneto, nel 2012 e nel 2013, sono state orientate ad approfondire l’influenza di variabili non solo sociali, culturali ed economiche sui comportamenti dei neo-genitori, ma in particolare della condizione di immigrati, visto il contributo particolarmente elevato alla natalità da parte delle donne straniere nella Regione (per es. in Veneto nel 2011 risultavano 9.814 nati stranieri pari al 26,3%) (53).

Tutte queste variabili di stratificazione si sono rivelate capaci di discriminare e portare alla luce differenze anche di grande portata tra i diversi sottogruppi, in cui spesso, ma non “sempre”, la condizione di bassa istruzione, basso reddito, immigrazione espongono ai rischi, ma possono invece rappresentare, al di là degli stereotipi, un fattore protettivo.

La complessità del panorama emerso non lascia dubbi sulla necessità che alla raccolta dei dati corrisponda anche una forte attenzione alle variabili di stratificazione opportunamente introdotte.

Di questo secondo livello di analisi e delle indicazioni sulle buone pratiche conseguenti, si sta facendo carico il progetto CCM Progetto “*Equity Audit* nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia”, dove GenitoriPiù è presente come caso studio per l’*Early Life*.

Bibliografia

1. World Health Organization. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health 2020. Minsk, Belarus, 21-22 October 2015.
2. Mariella Di Pilato, Sonia Scarponi, Paola Ragazzoni (Ed). Disuguaglianze nella prima infanzia. Bibliografia ragionata di documenti strategici, prove di efficacia e buone pratiche. DoRS - Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, 2015. Disponibile all’indirizzo http://www.dors.it/alleg/newcms/201503/Dossier_DisPrimaInfanziaOK.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
3. European Commission. Final Commission Recommendation of Investing in Children: breaking the cycle of disadvantage 20.2.2013 Brussels, 20.2.2013 C(2013) 778.
4. Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona:

Cierre Grafica; 2009.

5. Richard Horton. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. Disponibile all'indirizzo: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61869-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61869-8.pdf); ultima consultazione: luglio 2016.
6. UNICEF. I primi 1000 giorni che cambiano la vita di un bambino (video). Disponibile all'indirizzo <http://www.unicef.it/doc/4716/i-primi-1000-giorni-che-cambiano-la-vita-di-un-bambino-video.htm>; ultima consultazione: luglio 2016.
7. Bill e Melinda Gates Foundation. Campagna globale sulla nutrizione nei primi 1000 giorni. Disponibile all'indirizzo <http://thousanddays.org/>; ultima consultazione: luglio 2016.
8. Tamburlini G, Godsadze T, Schwethelm B. Promoting young child development, health and wellbeing: the role of home visiting. UNICEF Regional Office for CEE/CIS. Geneva, 2014.
9. Miniello VL, Diaferio L, Verduci E. I 1.000 giorni che ipotecano il futuro. *Pediatrics Preventiva e Sociale*, 2016; ANNO XI:1.
10. World Health Organization. Knowledge Network For Early Child Development Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
11. Barker DJP, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition and ischemic heart disease in England and Wales. *Lancet*;1986;327:1077-1081.
12. Biasini G. Gli interventi precoci. Guadagno di salute e ritorno economico. Relazione presentata al Convegno "Le sfide della promozione della salute dalla sorveglianza agli interventi sul territorio". Venezia 21-22 Giugno 2012. Disponibile all'indirizzo www.guadagnaresalute.it/convegni/pdf/presentazioni/sessione%20Speri_parallel%201A/Biasini.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
13. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers in World report of violence and health. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/; ultima consultazione: luglio 2016.
14. Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of Shaken Baby Syndrome in young children. *Lancet* 2000;356(9241):1571-72.
15. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden Infant Death Syndrome. *Lancet* 2007;370(9598):1578-87.
16. Ronfani L, Buzzetti R. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS). In: Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009. p. 117-125.
17. European Child Safety Alliance. Child Injury and inequalities. Disponibile all'indirizzo <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/factsheets/child-injury-inequalities.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016.
18. Brunelli M, Speri L, D'Ambrosio R et al. Promuovere la sicurezza. In: Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica, 2009; p. 137-41.
19. Istituto Superiore di Sanità. Le coperture vaccinali in Italia nel 2014: qualche riflessione. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/copertureMin2014.asp>; ultima consultazione: luglio 2016.
20. World Health Organization. Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy. *Vaccine* 2015;33(34):4155-218.

21. Speri L, Simeoni L, Brunelli M et al. La scelta di vaccinare: uno sguardo dal ponte. *Quaderni ACP* 2014;21(5):229-36.
22. Global Health program at the Council on Foreign Relations (CFR). Vaccine-Preventable Outbreaks Map. Disponibile all'indirizzo http://www.cfr.org/interactives/GH_Vaccine_Map/#map; ultima consultazione: luglio 2016.
23. Istituto Superiore di Sanità. Pertosse. Aspetti Epidemiologici. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/problemi/pertosse/epid.asp>; ultima consultazione: luglio 2016.
24. Società Italiana di Igiene. Pertosse. Disponibile all'indirizzo <http://www.vaccinarsi.org/malattie-prevenibili/pertosse.html>; ultima consultazione: luglio 2016.
25. World Health Organization. European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/234381/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Eng.pdf?ua=1. ultima consultazione: luglio 2016.
26. World Health Organization. WHO European Ministerial Conference on the Life-course Approach in the Context of the Health 2020. Disponibile all'indirizzo <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020>; ultima consultazione: luglio 2016.
27. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO, 2008.
28. Costa G, Bassi M, Gensini GF et al. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Milano; FrancoAngeli: 2014.
29. Istituto Superiore di Sanità. Sindrome alcolica fetale. Disponibile all'indirizzo http://www.epicentro.iss.it/problemi/alcol_fetale/alcol_fetale.asp; ultima consultazione: luglio 2016.
30. Bortolus R, Mastroiacovo P. Acido folico e prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre malformazioni congenite. In: Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009. p. 51-9.
31. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T et al. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(10):CD007950.
32. May PA, Fiorentino D, Coriale G et al. Prevalence of children with severe Fetal Alcohol Spectrum Disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:2331-51.
33. Kui Zhang, Xianmin Wang. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Leg Med (Tokyo)* 2013;15(3):115-21.
34. Sbrogio L, Tamburlini G, Allegri F. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita. In: Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009. p. 69-77.
35. World Health Organization. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/tobacco/publications/second_hand/global_estimate_burden_disease/en/; ultima consultazione: luglio 2016.
36. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125(5):e1048-56.
37. Speri L, Brunelli M. Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno. In: Speri

- L, Brunelli M (Ed.). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009. p. 87-104.
38. World Health Organization. UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Disponibile all'indirizzo <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/> (ultima consultazione: luglio 2016)
 39. Lancet Series. Breastfeeding. Disponibile all'indirizzo <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>; ultima consultazione: luglio 2016.
 40. Zivelonghi G, Valsecchi M. Promuovere le vaccinazioni. In Speri L, Brunelli M. (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009. pp. 173-190.
 41. Tozzi AE. Perché vaccinarsi. Disponibile all'indirizzo <http://www.vaccinarsi.org/vantaggi-rischi-vaccinazioni/perche-vaccinarsi.html>; ultima consultazione: luglio 2016.
 42. Ronfani L, Biasini G, Sila A. Promuovere la lettura ad alta voce ai bambini. In Speri L, Brunelli M (Ed) GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica 2009. p. 203-8.
 43. Sanders LM, Federico S, Klass P et al. Literacy and Child Health. A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009 Feb;163(2):131-40.
 44. Toffol G, Melloni M, Cagnin R et al. Studio di efficacia del progetto "Nati per Leggere". *Quaderni ACP* 2011;18(5):195-201.
 45. Promozione della salute perinatale e infantile. Disponibile all'indirizzo <http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/articoli/seipiuuno.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016.
 46. World Health Organization. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020" Copenhagen: WHO - Regional Committee for Europe; 2014 (EUR/RC64/12).
 47. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. Geneva: World Health Organization; 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1)
 48. Gangal P, Bhagat K, Prabhu S et al. Initiation of breastfeeding. Disponibile all'indirizzo <http://www.acp.it/wp-content/uploads/breastcrawl07.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016
 49. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. *Quaderni ACP* 2016;23(2):50.
 50. Porchia S, Campostrini S, Speri L et al. Valutare una campagna di promozione: il progetto GenitoriPiù. *Rassegna Italiana di Valutazione* 2011;50: 23-40.
 51. Campostrini S, Porchia S. La valutazione della Campagna GenitoriPiù. In: Speri L, Brunelli M (Ed). GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori. Verona: Cierre Grafica; 2009. p. 41-3.
 52. GenitoriPiù. Pillole di Valutazione. Disponibile all'indirizzo www.genitoripiu.it; ultima consultazione: luglio 2016.
 53. Simeoni L, Speri L, Brunelli M et al. Valutazione GenitoriPiù: le disuguaglianze in salute dal periodo periconcenzionale ai primi anni di vita. In: Rapporto Osservasalute 2014. *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex, 2014. p. 321-27.

Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità e metodologia

Enrica Pizzi^a, Angela Spinelli^a, Marta Buoncristiano^{ab}, Paola Nardone^a, Laura Lauria^a, Serena Battilomo^c, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni, Comitato Tecnico

^a*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

^c*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

I sistemi di sorveglianza svolgono un ruolo di grande supporto alla sanità pubblica assolvendo alla non trascurabile funzione di portare all'attenzione degli operatori e dei decisori informazioni strategiche su fattori protettivi e preventivi per la salute che a volte sono trascurati, prestando anche una particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti (1).

La sorveglianza di sanità pubblica, oltre ad acquisire informazioni sulle malattie per le quali sono disponibili efficaci misure di controllo, è indispensabile per migliorare le conoscenze sulla storia naturale e sull'epidemiologia della malattia.

I dati di sorveglianza possono, quindi, essere utilizzati per misurare l'estensione di una malattia nella popolazione, per descriverne l'insorgenza nel tempo e nello spazio e per determinare la popolazione a rischio, le esposizioni critiche e i fattori di rischio (2, 3).

In Italia si sono sviluppati vari sistemi di sorveglianza nazionali che ad oggi coprono fasce di popolazione quali: bambini di 8-9 anni (OKkio alla SALUTE) (4), adolescenti (HBSC) (5), adulti (PASSI) (6) e anziani (PASSI d'Argento) (7). Invece per quanto riguarda la fascia di popolazione dei bambini più piccoli non esiste ancora una sorveglianza nazionale; nonostante, come già ampiamente discusso nel precedente capitolo, è proprio nelle prime fasi di vita che si può intervenire per prevenire problemi di salute del bambino e dell'adulto riducendo l'esposizione a fattori di rischio e promuovendo fattori protettivi (8, 9, 10).

In un'ottica quindi di continuità e valorizzazione dell'esperienza maturata fino ad oggi nel Paese con gli altri sistemi di sorveglianza di popolazione e anche con il Programma GenitoriPiù è stato promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM il Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù", oggetto di questo Rapporto.

Di seguito vengono descritte la finalità e la metodologia del Progetto.

Finalità

La finalità del Progetto è stata quella di valutare la fattibilità e la sostenibilità nell'ambito dei Centri Vaccinali (CV) di un Sistema di Sorveglianza sui alcuni determinanti di salute nei bambini piccoli. La scelta di sperimentare questa Sorveglianza presso i CV deriva dal fatto che essi rappresentano una "stazione di passaggio" per la gran parte dei bambini (circa 95% nel 2014) (11) preziosa quindi per la rilevazione periodica di informazioni sulla salute del bambino senza grossi aggravii della spesa sanitaria favorendone così la sostenibilità nel tempo. In particolare si è voluto verificare se i CV possano realmente

essere il luogo ideale dove realizzare tale Sorveglianza utilizzando principalmente le risorse umane, strutturali e organizzative in dotazione di cui dispongono.

La Sperimentazione del Sistema di Sorveglianza ha permesso di raccogliere informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino in occasione delle sedute vaccinali 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.

Il Progetto si è avvalso di un Comitato Tecnico (CT) che ne ha supervisionato tutte le fasi contribuendo a definire la metodologia e le strategie per promuovere la diffusione dei risultati. La metodologia, il protocollo e tutti gli strumenti utilizzati sono stati sottoposti al Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha espresso parere positivo.

Di seguito vengono descritti tutti gli aspetti metodologici che hanno caratterizzato questa Sperimentazione suddividendoli in quelli riferiti alla raccolta dei dati sui determinanti esplorati e quelli riguardanti la valutazione della Sperimentazione.

Raccolta dati sui determinanti: aspetti metodologici

Innanzitutto è importante evidenziare che le Unità Operative (UO) coinvolte avevano dei Referenti Scientifici che hanno rappresentato per tutta la durata del Progetto dei punti di riferimento per il Coordinamento Nazionale ed hanno permesso di creare la rete dei Distretti Sanitari (DS) e degli operatori e realizzare la Sperimentazione a livello locale. Di seguito vengono descritti gli strumenti e la modalità dell'implementazione della Sorveglianza.

Mappatura dei Distretti Sanitari e dei Centri Vaccinali

Nella prima fase della Sperimentazione si è proceduto con l'identificazione in ogni UO dei DS e dei CV da coinvolgere.

I Referenti delle UO hanno raccolto informazioni sui DS e CV coinvolti attraverso una scheda e un questionario. La scheda (vedi Appendice B, p. 99) ha permesso di raccogliere alcune informazioni sui DS quali numero nati, referenti locali, numero CV afferenti; il questionario (vedi Appendice B, p.100) ha raccolto alcune informazioni sulle caratteristiche dei CV ossia modalità di registrazione dei dati relativi all'anamnesi e alla vaccinazione, dotazione informatica e software in uso nel CV, risorse umane e carico di lavoro, rapporto del CV con il consultorio familiare, esperienza di raccolta di informazioni sui determinanti di salute nei bambini da 0 a 2 anni. Questa ricognizione è stata di fondamentale importanza poiché ha tracciato delle coordinate nelle quali muoversi per definire alcuni aspetti relativi all'implementazione della Sperimentazione (ad. esempio modalità di rilevazione, inserimento dei dati, ecc).

In Tabella 1 sono riportati i Distretti coinvolti. Per esigenze di spazio, nel testo e nei grafici dell'intero Rapporto, non viene utilizzata la denominazione per esteso dei Distretti ma una abbreviazione secondo quanto di seguito riportato.

Tabella 1 - Denominazione e abbreviazione Distretti partecipanti

Unità Operative	Provincia	Distretto Sanitario	Abbreviazione
Veneto	VE	Distretto n. 1 Area Nord Mirano/ Martellago- Ulss 13	VE Ulss 13
	PD	Distretto n. 2 Salvezzano/Rubano/Abano Terme - Ulss16	PD Ulss 16
Asl Milano	MI	Distretto n. 2 Asl Milano	Milano
Marche	AN	Distretto n. 4 Senigallia	Senigallia
	AN	Distretto n. 5 Jesi	Jesi
	AN	Distretto n. 6 Fabriano	Fabriano
	AN	Distretto n. 7 Ancona	Ancona
Campania	SA	Distretto n. 66 Salerno	SA Ds 66
	SA	Distretto n. 68 Giffoni Valle Piana/ Pontecagnano Faiano	SA Ds 68
Puglia	BR	Distretto n. 2 Brindisi	Brindisi
	TA	Distretto n. 4 Taranto	Taranto
Calabria	CS	Distretto Ionio Nord	Ionio Nord
	CZ	Distretto di Soverato	Soverato

Definizione dei determinanti e del questionario

L'ISS con le UO e il CT hanno ritenuto opportuno includere nella Sperimentazione i seguenti determinanti: acido folico, alcol e fumo in gravidanza e in allattamento, allattamento al seno, posizione in culla, vaccinazioni, lettura ad alta voce (Figura 1). Si è deciso di non includere quello sulla sicurezza in auto e in casa, data la complessità del fenomeno e l'impossibilità di utilizzare solo poche domande (rispettando un criterio di facilità nella compilazione) per indagarlo. Il questionario, somministrato in forma anonima, ha rilevato anche variabili sociodemografiche ed economiche (vedi Appendice B, p. 105). Nel corso della raccolta dati, a seguito di alcune difficoltà di comprensione riscontrate da parte delle mamme straniere nell'ASL Milano, il questionario è stato tradotto in Arabo e Cinese e messo a disposizione di tutte le altre UO.

Le domande del questionario sono state definite tenendo conto di quelle validate per il Programma GenitoriPiù, della ricerca bibliografica effettuata e del confronto con tutte le UO e i componenti del CT.



Figura 1 - Determinanti di salute inclusi nella Sperimentazione del Sistema di Sorveglianza

La validazione del questionario è stata effettuata dall'Università Cà Foscari Venezia, attraverso la sua somministrazione ad un gruppo di mamme all'interno di un CV. La validazione ha permesso di stimare anche il tempo di somministrazione del questionario dando un'indicazione reale utile per la fattibilità della rilevazione.

Tutte le UO hanno utilizzato il medesimo questionario con i 7 determinanti, ad eccezione del Veneto che ne ha utilizzato una versione ridotta includendone solo 4 (allattamento, fumo, vaccinazioni e posizione in culla).

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle mamme di bambini da 0 a 2 anni di vita portati presso i CV per le vaccinazioni.

Campionamento e setting di rilevazione

La rilevazione si è caratterizzata come un'indagine campionaria finalizzata a produrre stime rappresentative a livello di DS; pertanto, tutti i CV dei DS selezionati sono stati invitati a partecipare alla raccolta dati.

Le informazioni sono state rilevate mediante il questionario somministrato alle mamme in occasione della seduta vaccinale del proprio figlio (1^a dose, 2^a dose, 3^a Dose di Difterite/Tetano/Pertosse - DTP, 1^a dose Morbillo/Parotite/Rosolia - MPR /altre vaccinazioni) indicativamente al 3°, 5°, 12°, 15° mese di vita del bambino (secondo il calendario vaccinale). Ciascuna delle dosi vaccinali indicate ha identificato una base campionaria quindi sono stati selezionati 4 campioni per ogni DS. La dimensione di ogni campione è stata stabilita assumendo una variabilità massima nel fenomeno da indagare, cioè una prevalenza del 50%, un errore massimo nella stima di più o meno 5 punti percentuali ed un livello di confidenza del 95%. Date le piccole dimensioni della popolazione (assunta uguale al numero di nati nel 2013 in ciascun DS) rispetto al campione, nella stima della numerosità campionaria si è introdotta la correzione per la popolazione finita.

Il reclutamento per ciascuna dose vaccinale è stato interrotto una volta raggiunta la numerosità stabilita in fase di disegno dello studio.

Modalità d'inclusione e gestione dei rifiuti

Nello studio sono stati inclusi solo i bambini tra 0-2 anni accompagnati dalle mamme in quanto la maggior parte delle domande erano riferite agli stili di vita e comportamenti di quest'ultime. Le mamme sono state reclutate e intervistate una sola volta durante la Sperimentazione. I rifiuti a partecipare sono stati registrati, così come il numero di bambini non accompagnati dalla mamma.

Modalità Raccolta Dati

La raccolta dati ha assunto modalità diverse a seconda delle esigenze organizzative dei vari contesti di rilevazione. In particolare, la rilevazione è avvenuta tramite: auto compilazione del questionario cartaceo da parte della mamma con supporto e controllo del questionario compilato da parte di un operatore sanitario; somministrazione delle domande alla mamma da parte di un operatore sanitario e registrazione delle risposte

su questionario cartaceo; somministrazione delle domande alla mamma da parte di un operatore e registrazione direttamente su supporto informatico.

La rilevazione dei dati è avvenuta sempre nel momento successivo alla seduta vaccinale tranne che in Veneto, dove gli operatori hanno somministrato il questionario prima di iniziare l'anamnesi vaccinale.

Creazione del data base e analisi dei dati

La digitalizzazione dei dati raccolti sui supporti cartacei è avvenuta tramite l'utilizzo di un software on-line appositamente creato per la Sorveglianza. Solo la Regione Veneto ha utilizzato il proprio sistema di registrazione dei dati vaccinali opportunamente modificato in modo da poter registrare anche i dati raccolti dalla Sorveglianza e da garantire la confrontabilità con le altre UO; successivamente i dati criptati sono stati trasmessi all'ISS.

I dati sono stati analizzati dall'ISS in forma anonima e aggregata a livello di DS utilizzando il software STATA 11.

Costituzione del Comitato Tecnico

Il Comitato Tecnico composto oltre che dai rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e dai Referenti Scientifici delle UO coinvolte, anche da altri esperti nel settore della sanità pubblica, è stato istituito all'inizio del progetto per garantire un supporto tecnico-scientifico alla sperimentazione, in particolare ha avuto il compito di:

- supportare il gruppo di coordinamento e le UO nelle scelte metodologiche;
- proporre strategie di utilizzo dei dati ottenuti dal sistema di sorveglianza in previsione di possibili interventi di promozione della salute da prima del concepimento alla prima infanzia;
- identificare strategie di comunicazione efficaci per promuovere l'iniziativa ai diversi *stakeholders*.

Il CT è stato coinvolto in ogni fase del progetto ed ha avuto l'importante ruolo di supervisione.

Aspetti etici e valutazione del Comitato Etico

Le mamme prima di essere arruolate hanno ricevuto da parte degli operatori informazioni sullo studio e potevano comunicare verbalmente il rifiuto di partecipare all'operatore che lo avrebbe annotato sul questionario. Poiché lo studio ha mirato ad avere dati riferiti alla popolazione si è evitato di avere dati identificativi dei singoli individui, pertanto il questionario ha previsto l'inserimento di un codice, attribuito centralmente dall'ISS, composto da un numero identificativo per il Distretto e uno per il CV, con la finalità di poter identificare la provenienza dei questionari ed effettuare un controllo di qualità e una verifica dei dati raccolti, garantendo però l'anonimato.

La versione definitiva del protocollo, degli strumenti e delle procedure di rilevazione per la raccolta dati sono state inviate per una valutazione al Comitato Etico dell'ISS che ha approvato all'unanimità.

Formazione dei professionisti coinvolti

Al fine di garantire la qualità delle informazioni e la comparabilità dei dati tra i Distretti è stato fondamentale prevedere la formazione rivolta ai professionisti coinvolti nella Sperimentazione.

Il Gruppo di Coordinamento dell'ISS in collaborazione con tutte le UO ha definito il piano formativo decidendo la realizzazione di una formazione a cascata, ovvero una prima formazione rivolta ai Referenti delle UO e dei Distretti coinvolti, condotta dall'ISS, dall'Università Ca' Foscari Venezia e dalla UO Regione Veneto, e successivamente giornate di formazione a livello territoriale per gli operatori coinvolti nella Sorveglianza organizzate dai Referenti UO formati. La metodologia formativa e gli argomenti della formazione sono stati condivisi e discussi con il CT.

La formazione ha riguardato gli aspetti teorici sui determinanti di salute nei bambini piccoli, la raccolta dei dati attraverso il questionario, l'utilizzo del software per l'inserimento e la trasmissione dei dati online. Al fine di facilitare la fase della raccolta dati sono state preparate delle Guide Operative rivolte ai Referenti delle UO e di Distretto e un'altra rivolta agli Operatori. Inoltre per supportare gli operatori all'inserimento dei dati è stata preparata anche una Guida Operativa per l'utilizzo del Software.

I materiali formativi utilizzati nella prima fase di formazione sono stati resi disponibili a tutte le UO per la realizzazione della formazione a livello locale.

Distribuzione del Materiale Informativo e sito internet dedicato

La Sperimentazione ha previsto anche la distribuzione del materiale informativo sui determinanti indagati: brochure per le mamme e poster per i CV e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (Figura 2). Successivamente alla compilazione del questionario gli operatori hanno consegnato alle mamme la brochure informativa multilingue con una breve spiegazione per singolo determinante e finita la raccolta dati hanno affisso il poster all'interno del CV. Inoltre all'avvio del progetto è stato diffuso presso i PLS afferenti ai DS partecipanti il poster accompagnato da una lettera a firma del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, per spiegare la finalità del progetto e invitare i Pediatri ad affiggere nel proprio studio il poster allegato.

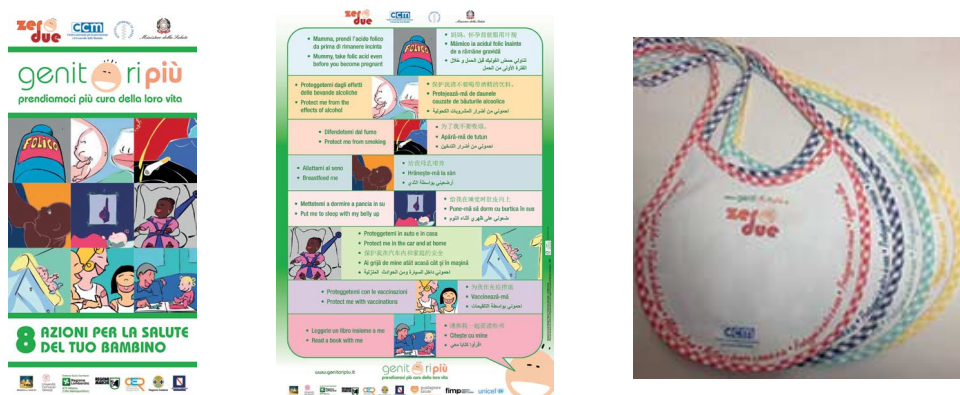
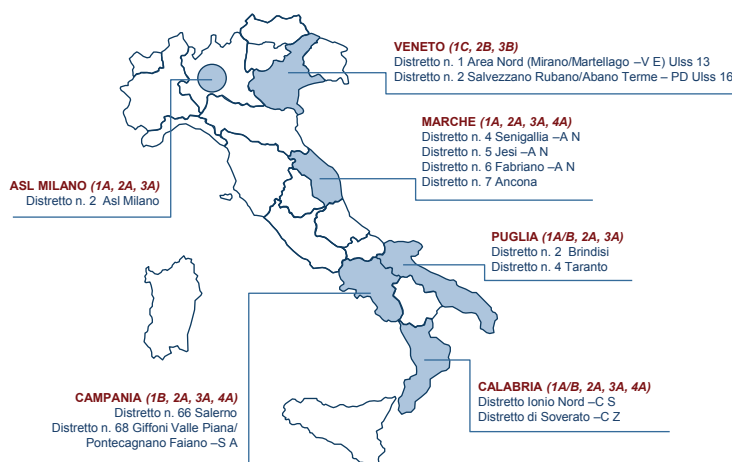


Figura 2 - Materiale informativo - Brochure, Poster e Bavaglino

Inoltre finita la Sperimentazione sono stati realizzati dei bavaglini in vari colori con le otto azioni sui determinanti che sono stati forniti ai Distretti per distribuirli insieme alla brochure all'interno dei CV. Un altro strumento utilizzato per divulgare le informazioni sul Progetto è stato il sito www.genitoripiù.it dove è stata realizzata una sezione dedicata. L'architettura del sito ha previsto un'area pubblica di informazione sul progetto e una riservata rivolta agli operatori coinvolti che è stata utilizzata durante tutte le fasi del progetto per la condivisione di documenti e materiali.

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. Di seguito la sintesi delle modalità di raccolta dati e di organizzazione del lavoro riferite ad ogni Distretto coinvolto (Figura 3).



Modalità di raccolta dati e organizzazione del lavoro

1. Auto compilazione del questionario cartaceo da parte della mamma con supporto e controllo del questionario compilato da parte di un operatore (1A) o somministrazione delle domande alle mamme da parte di un operatore 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 dalle mamme (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 3 - Distretti partecipanti e modalità raccolta dati

Valutazione della Sperimentazione 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. In particolare attraverso la valutazione si è cercato di individuare gli elementi che possono minacciare o facilitare l'estendibilità e la ripetibilità.

La metodologia utilizzata per la valutazione si è configurata come un vero e proprio "processo valutativo" e ha utilizzato vari strumenti (Figura 4).

Sostanzialmente il processo valutativo, che è stato realizzato nelle fasi intermedie e in quella finale del Progetto, ha previsto la raccolta di informazioni per: a) monitorare l'andamento della raccolta dati; b) descrivere le modalità con cui è stata sperimentata la Sorveglianza nell'ambito di ciascun contesto territoriale e organizzativo; c) determinare l'impatto che la sperimentazione ha avuto sui CV; d) identificare le criticità emerse durante la sperimentazione e raccogliere suggerimenti circa la loro possibile soluzione; e) valutare le conoscenze degli operatori sui determinanti studiati.

Attraverso l'analisi dei dati emersi si è voluto rispondere al quesito circa la fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza e contestualmente si è valutato il livello di conoscenza degli operatori coinvolti nello studio per indagare anche i loro bisogni formativi sulle tematiche affrontate nello studio.



Figura 4 - Processo Valutativo

Il Monitoraggio

La prima attività identificata per la valutazione è stata il monitoraggio dell'andamento della raccolta dati con la finalità di far emergere le criticità incontrate durante la rilevazione ed ha riguardato gli aspetti quantitativi periodici e qualitativi dell'intero processo.

Per quanto attiene agli aspetti quantitativi, gli indicatori di monitoraggio utilizzati sono stati:

- numerosità campionaria per ciascuna delle 4 dosi vaccinali e per le 4 fasce di età standard e valutazione sull'età dei bambini che non rientravano nelle fasce previste (valutazione del reclutamento);
- tasso di rifiuti totale e tasso di rifiuti per ciascuna dose vaccinale (valutazione della copertura della sorveglianza);

- percentuale di informazioni mancanti per ciascuna variabile rilevata dal questionario (valutazione della completezza dei dati).

Il monitoraggio degli aspetti qualitativi si è effettuato attraverso delle interviste ai Referenti di UO per valutare le criticità emerse durante la raccolta e l'inserimento dei dati, le attività logistiche preparatorie alla raccolta dati, la compilazione del questionario, il setting di somministrazione.

Scheda Riassuntiva

Un altro strumento utilizzato è stato una scheda riassuntiva inviata, a fine raccolta dati, ai Referenti UO con l'obiettivo di valutare gli aspetti organizzativi/procedurali dei CV partecipanti al Progetto (Vedi Appendice B p. 109).

La scheda, oltre a verificare il numero dei CV realmente coinvolti rispetto a quelli presenti nel Distretto, ha rilevato il numero di persone formate all'inizio della Sorveglianza e di quelle che avevano effettivamente partecipato. Per ciascuna persona partecipante sono state richieste le seguenti informazioni: il Centro/Ambulatorio Vaccinale in cui aveva operato, la figura professionale, l'attività svolta nell'ambito della Sorveglianza, se aveva o meno ricevuto un incentivo economico. Infine per approfondire gli aspetti organizzativi/procedurali riferiti al contesto è stato richiesto ai Referenti UO di descrivere come si era svolta la Sorveglianza.

L'analisi delle informazioni raccolte ha permesso di valutare come si era svolta realmente la Sperimentazione rispetto alle ipotesi iniziali.

Questionari per la valutazione della Sperimentazione

Un'altra importante attività di valutazione è stata un'indagine via web rivolta ai professionisti coinvolti per valutare l'esperienza vissuta nella Sperimentazione.

L'indagine ha previsto 2 questionari: uno rivolto agli operatori dei CV che si erano occupati della raccolta dati (Vedi Appendice B p. 112); un altro rivolto ai Referenti di UO, di Distretto e collaboratori (Vedi Appendice B p. 124).

La finalità dell'indagine è stata questa quella di identificare gli elementi ostativi o a favore della riproducibilità della Sorveglianza e della sua estensione ad altre realtà del Paese. L'ideazione dei questionari ha tenuto conto, differenziandoli tra loro, delle diverse modalità di somministrazione del questionario (autosomministrato, somministrato dall'operatore in cartaceo o su supporto informatico) e delle variabili specifiche di ogni UO.

Il questionario rivolto ai Referenti delle UO, di Distretto e collaboratori ha indagato le seguenti aree: aspetti sul reclutamento dei Distretti e dei CV coinvolti, ruolo assunto nel progetto, valutazione della formazione e soprattutto la valutazione complessiva della Sperimentazione.

Il questionario rivolto agli operatori ha riguardato la formazione ricevuta, le attività di raccolta dati (arruolamento delle mamme nello studio, somministrazione del questionario, ecc.), i rapporti tra operatori e con i referenti di progetto, il questionario di rilevazione, l'impatto della Sorveglianza sui CV e la sua ripetibilità.

Questionario di valutazione delle conoscenze degli operatori coinvolti

La Sperimentazione, come già descritto, ha previsto un contatto diretto tra gli operatori dei CV e le mamme che portavano i propri bambini a vaccinare. Questo aspetto ha rappresentato un'opportunità importante per informare i genitori sui comportamenti corretti da adottare nei confronti dei propri figli e gli operatori hanno costituito il canale privilegiato di comunicazione. Tenendo conto di questi aspetti è stata colta l'occasione della Sperimentazione per misurare i livelli di conoscenza sui determinanti indagati degli operatori stessi.

Tale indagine si è realizzata attraverso la somministrazione dello stesso questionario prima dell'avvio della rilevazione (al momento della formazione iniziale) e alla sua conclusione (Vedi Appendice B p. 132).

Attraverso questa rilevazione è stato possibile quindi individuare eventuali criticità sulle conoscenze e apprezzare se la Sorveglianza abbia costituito, nel suo insieme, un momento di crescita professionale degli operatori.

Bibliografia

1. Centers For Disease Control and Prevention. Comprehensive plan for epidemiologic surveillance. Atlanta, CDC, 1986.
2. WJ Eylesbosch, ND Noah (Ed). Surveillance in health and disease. Oxford University Press. Oxford, 1988.
3. Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. Bulletin of the World Health Organization 1994;72:285-304.
4. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S, e Galeone D (Ed). Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014. *Not Ist Super Sanità* Supplemento n. 1 al n.3 vol 29 (2016).
5. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (*Rapporti ISTISAN 13/5*).
6. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (*Rapporti ISTISAN 07/30*).
7. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento, Luzi P (Ed.). Sperimentazione PASSI d'Argento (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): verso un sistema nazionale di sorveglianza della popolazione ultra64enne. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (*Rapporti ISTISAN 13/9*).
8. World Health Organization. Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 10-11 January 2013. Disponibile all'indirizzo http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87084/1/9789241505901_eng.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
9. Comitato operativo Studio Hera (Ed). Mortalità nei primi due anni di vita in Italia: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) e altre morti inattese. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2005. (*Rapporti ISTISAN 05/2*).
10. World Health Organization. European Ministerial Conference on the Life-course Approach in the Context of Health 2020, Minsk, Belarus, on 21–22 October 2015. Disponibile

all'indirizzo <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020>; ultima consultazione: luglio 2016.

11. Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2014 (coorte 2012). Disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_2_fileAllegati_itemFile_0_file.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.

Risultati sulla valutazione di fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza

Marta Buoncristiano^{ab}, Enrica Pizzi^a, Paola Nardone^a, Laura Lauria^a, Angela Spinelli^a, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni

^a Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^b Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

Il Progetto, come già evidenziato nel precedente capitolo, si è posto l'obiettivo, non solo di sperimentare un Sistema di Sorveglianza all'interno dei Centri Vaccinali (CV), ma anche di valutarne la fattibilità e sostenibilità in un'ottica di estensione della esperienza ad altri territori italiani e di una sua ripetizione nel tempo.

A tal fine, il processo di valutazione ha previsto il monitoraggio della raccolta dati, la rilevazione degli aspetti organizzativi/procedurali che hanno caratterizzato la raccolta dati in ciascun contesto di Sperimentazione e una indagine via web rivolta ai professionisti che a vario titolo hanno partecipato alla Sorveglianza e finalizzata a identificare le criticità emerse durante la Sperimentazione e le proposte circa la loro soluzione (per un approfondimento degli aspetti metodologici si veda il Capitolo precedente). Al termine della raccolta dati, i professionisti sono stati, infatti, invitati a compilare via web un questionario semi strutturato finalizzato a rilevare il loro punto di vista circa l'esperienza vissuta e la possibilità che essa venga ripetuta in futuro ed estesa ad altri contesti. Nello specifico sono stati utilizzati 2 questionari, uno rivolto agli operatori che hanno attivamente partecipato alla raccolta dati e l'altro a quelli che hanno operato come Referenti di Unità Operative (UO), di Distretto e loro collaboratori.

Il capitolo illustra il punto di vista dei professionisti e fornisce alcuni spunti di riflessione su come possa e debba essere disegnato un Sistema di Sorveglianza Nazionale. La presentazione dei risultati della valutazione è preceduta da un paragrafo che descrive brevemente le modalità con cui si è svolta la sperimentazione in modo da permettere una migliore contestualizzazione di quanto emerso in termini di fattibilità e sostenibilità della Sorveglianza.

L'esperienza della Sperimentazione in sintesi

La Sperimentazione, come già discusso, ha coinvolto i CV di 13 Distretti Sanitari in 5 Regioni (Veneto, Marche, Campania, Puglia e Calabria) e nella ASL Milano. In accordo con quanto stabilito dalla metodologia dello studio, la raccolta dati si è svolta in tutti i CV afferenti ai Distretti partecipanti, ad eccezione dei Distretti di Ancona e Taranto dove alcuni CV non hanno partecipato.

A Milano e nelle Marche i dati sono stati raccolti attraverso la compilazione del questionario cartaceo da parte delle mamme in totale autonomia. In tali contesti, gli operatori hanno offerto supporto in caso di dubbi o difficoltà e hanno controllato il questionario compilato in modo da poter segnalare subito la presenza di eventuali incongruenze. Viceversa, in Campania le domande sono state poste alla mamma dall'operatore che ha riportato le risposte sul questionario cartaceo. Anche in Veneto l'operatore ha intervistato la madre, ma senza l'ausilio del questionario cartaceo e utilizzando, invece, il sistema di registrazione e gestione dei dati della anamnesi

vaccinale opportunamente integrato. Infine, in Calabria e Puglia sono state sperimentate entrambe le modalità (auto compilato dalla mamma e somministrato dall'operatore con ausilio del questionario cartaceo). In tutti i contesti, gli operatori hanno illustrato le finalità della raccolta dati, hanno richiesto la partecipazione della mamma registrandone la risposta e hanno, una volta conclusa la compilazione del questionario, distribuito del materiale informativo sui comportamenti da adottare per promuovere la salute del proprio bambino. Tali attività si sono svolte dopo la vaccinazione, in quel lasso di tempo che la mamma e il bambino passano nel CV in attesa di poter tornare a casa. Solo in Veneto, la raccolta dati si è svolta nel CV poco prima di iniziare l'anamnesi.

La raccolta dati ha visto l'attiva partecipazione di 138 professionisti, cui si aggiungono 15 tra referenti di U.O e loro collaboratori. La stragrande maggioranza degli operatori che ha attivamente preso parte alla rilevazione era personale dei CV in cui si è svolta la Sperimentazione. Solo nel Distretto di Milano sono state coinvolte delle risorse ad hoc per la Sorveglianza, in larga parte studenti del corso di laurea in Assistenza Sanitaria. In Puglia, è stata impiegata una risorsa esterna dedicata all'inserimento nel software di registrazione dati dei questionari compilati in tutti i CV della Regione. In Calabria, Campania e Marche gli operatori coinvolti nella raccolta dati hanno ricevuto un incentivo economico. Hanno partecipato alla rilevazione medici (circa il 28% degli operatori), infermieri (38%), assistenti sanitari (20%), puericultrici o assistenti all'infanzia (solo in Campania), studenti (solo a Milano) e ostetriche (solo in Calabria). Tutti gli operatori coinvolti nella Sperimentazione sono stati formati sia sulle finalità e le caratteristiche del sistema di sorveglianza (criteri di inclusione, modalità di raccolta dati, questionario di rilevazione, ecc.), che sui determinanti di salute indagati.

La rilevazione è iniziata a metà Gennaio 2015 e si è conclusa a metà Novembre dello stesso anno. I CV hanno continuato a raccogliere i dati fino al raggiungimento della numerosità campionaria stabilita in fase di disegno dello studio. In particolare, ogni volta che si raggiungeva la copertura del sotto-campione relativo ad una specifica dose vaccinale (1^a, 2^a e 3^a dose DTP e 1^a dose MPR), l'arruolamento delle mamme a quella specifica occasione vaccinale veniva interrotto. In questo modo si è garantito il raggiungimento della dimensione campionaria desiderata con il minimo aggravio di lavoro per i CV

Date le regole di arruolamento (1. arruolamento consecutivo di tutte le mamme che si presentavano al CV e 2. ogni mamma poteva essere arruolata una sola volta), al terzo mese di rilevazione molti centri si sono trovati nella situazione di non avere mamme arruolabili a determinate dosi vaccinali (ad esempio alla 2^a dose DTP) perché già arruolate alla dose precedente (1^a dose DTP). Questa criticità ha portato ad un forte allungamento della durata complessiva della rilevazione in tutti i Distretti, ad eccezione di quello di Milano dove il bacino d'utenza più ampio ha permesso di concludere la rilevazione in 2 mesi (Tabella 1).

Tabella 1 - Alcune caratteristiche della Sperimentazione nei Distretti partecipanti

Distretti partecipanti	CV partecipanti	Operatori coinvolti nella raccolta dati^a	Modalità di rilevazione	Durata della raccolta dati (in mesi)
Milano	3 (100%)	30	Auto compilato dalla madre	2
PD Ulss 16	3 (100%)	6	Somministrato da operatore ^b	10
VE Ulss 13	3 (100%)	6	Somministrato da operatore ^b	9
Senigallia	4 (100%)	5	Auto compilato dalla madre	10
Jesi	5 (100%)	6	Auto compilato dalla madre	10
Fabriano	3 (100%)	4	Auto compilato dalla madre	10
Ancona	11 (85%)	16	Auto compilato dalla madre	7
SA Ds 66	2 (100%)	13	Somministrato da operatore ^c	8
SA Ds 68	6 (100%)	14	Somministrato da operatore ^c	10
Brindisi	3 (100%)	11	Entrambe le modalità ^c	10
Taranto	4 (80%)	13	Entrambe le modalità ^c	10
Soverato	3 (100%)	7	Auto compilato dalla madre	9
Ionio Nord	14 (100%)	10	Entrambe le modalità ^c	10
Totale	64 (96%)	138	-	10

^aIn Puglia 1 operatore ha preso parte alla raccolta dati in entrambi i Distretti, situazione analoga per 2 operatori in Campania. Questi operatori sono stati inclusi in ciascun Distretto in cui hanno operato ma sono stati considerati una volta sola al fine di determinare il numero complessivo di operatori che hanno preso parte alla sperimentazione.

^bSomministrato con l'ausilio del sistema di registrazione dei dati dell'anamnesi vaccinale

^cSomministrato con l'ausilio del questionario cartaceo

Il punto di vista degli operatori che hanno partecipato alla Sperimentazione nei Centri Vaccinali

Gli operatori sono stati chiamati ad esprimere la propria opinione sia su aspetti specifici della Sperimentazione, che sull'esperienza nel suo complesso. In particolare, è stato chiesto loro di fornire un *feedback* sulle attività della Sperimentazione in cui sono stati coinvolti: formazione finalizzata ad illustrare obiettivi e funzionamento del Sistema di Sorveglianza e attività proprie della raccolta dati, quali l'arruolamento delle mamme nello studio, la somministrazione del questionario, il supporto alla compilazione,

ecc. Inoltre, è stato richiesto un riscontro sul questionario di rilevazione in modo da identificare eventuali sezioni o domande da modificare. Per quanto riguarda, invece, la valutazione complessiva della esperienza, si è indagato l'impatto della Sorveglianza sullo svolgimento delle normali attività del CV e la possibilità che essa possa essere ripetuta in futuro.

Tra gli operatori che hanno partecipato alla Sorveglianza, 104 hanno compilato il questionario di valutazione (pari al 74,3%). La partecipazione alla valutazione non è stata uniforme in tutti i Distretti, in particolare si registrano livelli bassi nei Distretti di Milano, Ancona e Brindisi (Figura 1).

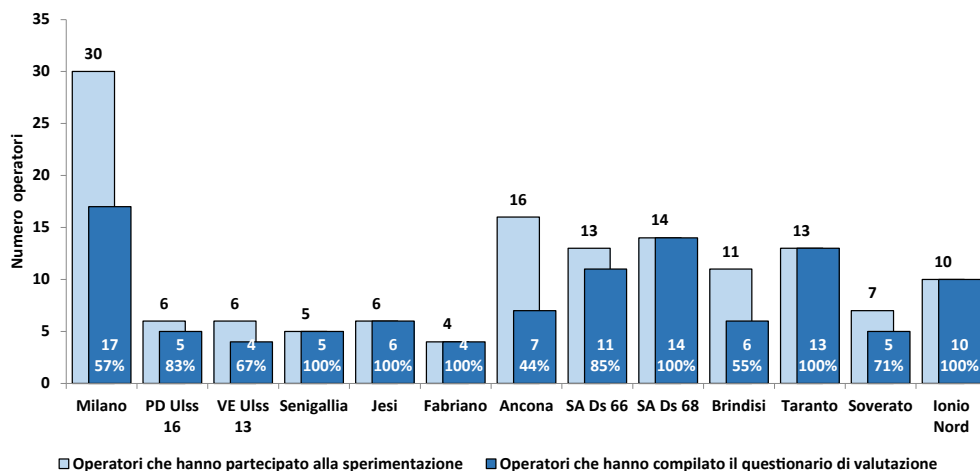


Figura 1 - Partecipazione alla valutazione

La formazione finalizzata alla Sorveglianza

In tutti i Distretti, la stragrande maggioranza degli operatori ha giudicato la formazione come adeguata o molto adeguata (95% del totale dei rispondenti). Coerentemente, solo un numero limitato di operatori ha segnalato la presenza di tematiche che avrebbero necessitato un maggiore approfondimento o di tematiche che non sono state affatto affrontate.

Le attività di raccolta dati

Al fine di identificare eventuali criticità nel processo di raccolta dati, esso è stato scomposto in una serie di attività rispetto alle quali rilevare il livello di difficoltà incontrato dagli operatori. Alcune attività sono strettamente legate alla modalità di compilazione del questionario (intervista dell'operatore alla madre o autonoma compilazione del questionario da parte di quest'ultima) e sono state indagate solo dove pertinenti; altre, invece, sono comuni a tutti i contesti. In particolare, laddove si è adottato il "face to face" quale modalità di rilevazione, è stata indagata l'attività di somministrazione delle domande del questionario. Nei contesti dove la mamma ha autonomamente compilato il questionario, sono state, invece, indagate separatamente l'attività di supporto alla compilazione e quella di ritiro e controllo del questionario compilato. Le seguenti attività sono state sottoposte alla valutazione di tutti gli operatori, indipendentemente

dalla modalità di compilazione del questionario adottata: 1) arruolamento nell'indagine, ovvero presentazione delle finalità dell'indagine alla mamma e invito a partecipare; 2) distribuzione del materiale informativo o altra attività di informazione rivolta alle mamme, espletata una volta conclusa la compilazione del questionario; 3) inserimento dei dati nel sistema di registrazione appositamente creato per la Sorveglianza e 4) supervisione della raccolta dati all'interno del CV.

In generale, la quota di operatori che ha dichiarato di aver incontrato, sempre o spesso, difficoltà è contenuta. Escludendo l'attività di supervisione sulla quale si sono espressi solo 4 operatori, l'attività che ha posto maggiori difficoltà appare il ritiro e controllo del questionario compilato (il 14,3% degli operatori che hanno svolto tale attività ha dichiarato frequenti difficoltà), seguita dal supporto alla compilazione (8,7%) e dall'inserimento dei dati nel software (8,3%) (Tabella 2).

Tabella 2 - Livello di difficoltà incontrato dagli operatori nello svolgimento delle attività inerenti la raccolta dati nei CV partecipanti alla Sperimentazione

Tipo di attività svolta	Frequenza con cui si sono incontrate difficoltà				Numeri di rispondenti
	Sempre	Spesso	Solo qualche volta	Mai	
Arruolamento nell'indagine	3,7%	2,5%	35,8%	58,0%	81
Somministrazione delle domande alla madre	3,6%	0,0%	21,4%	75,0%	28
Supporto alla compilazione del questionario	0,0%	8,7%	43,5%	47,8%	46
Ritiro e controllo del questionario compilato	5,4%	8,9%	23,2%	62,5%	56
Distribuzione del materiale informativo	2,7%	4,1%	15,1%	78,1%	73
Inserimento dei dati nel software	8,3%	0,0%	39,6%	52,1%	40
Supervisione della raccolta dati	3,3%	20,0%	70,0%	6,7%	4

In sede di definizione del questionario di valutazione, sono stati individuati alcuni aspetti che si riteneva potessero costituire delle criticità nello svolgimento delle attività di raccolta dati, quali ad esempio il tempo a disposizione, le condizioni ambientali o la disponibilità delle mamme. Tali aspetti sono stati indagati in relazione a ciascuna tipologia di attività considerata, purché pertinenti, chiedendo all'operatore di esprimere il proprio grado di accordo con affermazioni quali, ad esempio, tempo a disposizione non sufficiente o condizioni ambientali non adeguate o mamme poco disponibili/ricettive perché prese da altre preoccupazioni. Nella Tabella 3 sono illustrate le criticità indagate in relazione a ciascuna attività considerata.

Tabella 3 - Criticità indagate in relazione a ciascuna attività inerente la raccolta dati all'interno dei CV partecipanti alla Sperimentazione

Criticità indagate	Attività inerenti la raccolta dati				
	Arruolamento nell'indagine	Somministraione delle domande alla madre	Supporto alla compilazione del questionario	Ritiro e controllo del questionario compilato	Distribuzione materiale informativo
Finalità dello studio non chiare	✓				
Questionario non chiaro		✓	✓		
Madri hanno mostrato difficoltà o riluttanza a rispondere		✓			
Necessario intervenire spesso per aiutare le madri nella compilazione			✓		
Tempi a disposizione per svolgere l'attività non sufficiente	✓	✓	✓	✓	✓
Condizioni ambientali che rendevano difficile lo svolgimento delle attività	✓	✓	✓	✓	✓
Madri poco disponibili/ricettive perché prese da altre preoccupazioni	✓	✓	✓	✓	✓
Mancanza di materiali tradotti in altre lingue	✓	✓	✓		

Il tempo emerge quale criticità in tutti i contesti e in relazione a tutte le attività considerate: una quota rilevante di operatori si dichiara d'accordo con l'affermazione circa il fatto che il tempo a disposizione per svolgere le attività di raccolta dati sia stato non sufficiente (dal 25% in relazione alla attività di somministrazione delle domande alla mamma al 47,8% in relazione a quella di supporto alla compilazione). Anche le condizioni ambientali hanno costituito una criticità sentita dagli operatori, soprattutto nei contesti in cui la madre ha compilato autonomamente il questionario (criticità rilevata dal 60,9% degli operatori che hanno aiutato le mamme ha compilare il questionario). Più contenuta la quota di operatori che si dichiara d'accordo con l'affermazione che le mamme erano poco disponibili/ricettive perché prese da altra preoccupazione (sempre inferiore al 30%). Non sembrano, invece, emergere particolari problemi circa la chiarezza delle finalità dello studio e del questionario. Infine, emerge forte l'esigenza di predisporre del materiale tradotto in altre lingue al fine di facilitare la partecipazione delle mamme straniere (Tabella 4).

Tabella 4 - Percentuale di operatori che si sono dichiarati abbastanza o completamente d'accordo sul fatto che alcune criticità si siano verificate durante la Sperimentazione

Criticità indagate	Attività inerenti la raccolta dati				
	Arruolamento nell'indagine	Somministraione delle domande alla madre	Supporto alla compilazione del questionario	Ritiro e controllo del questionario compilato	Distribuzione materiale informativo
Finalità dello studio non chiare	7,4%				
Questionario non chiaro		3,6%	10,9%		
Madri hanno mostrato difficoltà o riluttanza a rispondere		7,1%			
Necessario intervenire spesso per aiutare le madri nella compilazione			23,9%		
Tempi a disposizione per svolgere l'attività non sufficiente	38,3%	25,0%	47,8%	39,2%	37,0%
Condizioni ambientali che rendevano difficile lo svolgimento delle attività	27,1%	10,8%	60,9%	41,1%	35,6%
Madri poco disponibili/ricettive perché prese da altre preoccupazioni	25,9%	17,8%	30,4%	26,8%	21,9%
Mancanza di materiali tradotti in altre lingue	53,1%	35,7%	63,0%		
Numero di rispondenti ^a	81	28	46	56	73

^aGli operatori hanno potuto esprimere la propria opinione solo se avevano svolto la specifica attività rispetto alla quale veniva indagata la criticità

Il questionario di rilevazione

Agli operatori è stato chiesto di esprimere un voto da 1 a 10 sulla difficoltà incontrata dalle mamme nella compilazione del questionario, dove 1 rappresenta la difficoltà minima e 10 quella massima. Complessivamente emerge un livello di difficoltà contenuto con un punteggio medio pari a 4,1. Tuttavia, si rilevano differenze rilevanti tra i Distretti: il voto medio varia, infatti, da un valore minimo pari a 1,7 nel distretto Ionio Nord a un massimo di 6,5 a Milano (altri Distretti: PD Ulss 16 – 4,2; VE Ulss 13 – 3,0; Senigallia – 3,0; Jesi – 4,7; Fabriano – 4,0; Ancona – 6,0; SA Ds 66 – 1,8; SA Ds 68 – 5,3; Brindisi – 3,6; Taranto – 2,7; Soverato – 3,8).

In generale, quasi un operatore su due (46,2%) ritiene che vi siano quesiti rispetto ai quali le mamme hanno mostrato difficoltà (26,2%) o riluttanza/imbarazzo a rispondere (36,9%). Anche in questo caso, emergono differenze territoriali: si ha, infatti, una decisa polarizzazione delle realtà con Distretti nei quali la totalità (o quasi) degli operatori dichiara la presenza di quesiti critici e Distretti dove tale criticità non è stata affatto rilevata.

Come è naturale attendersi, la modalità di rilevazione ha influenzato la percezione degli operatori circa la presenza di quesiti critici. La presenza di quesiti “difficili” è, infatti, più frequentemente dichiarata laddove i questionari sono stati compilati dalla mamma con il supporto dell’operatore, mentre quella di quesiti “imbarazzanti” emerge maggiormente nelle realtà dove l’operatore ha direttamente intervistato la mamma.

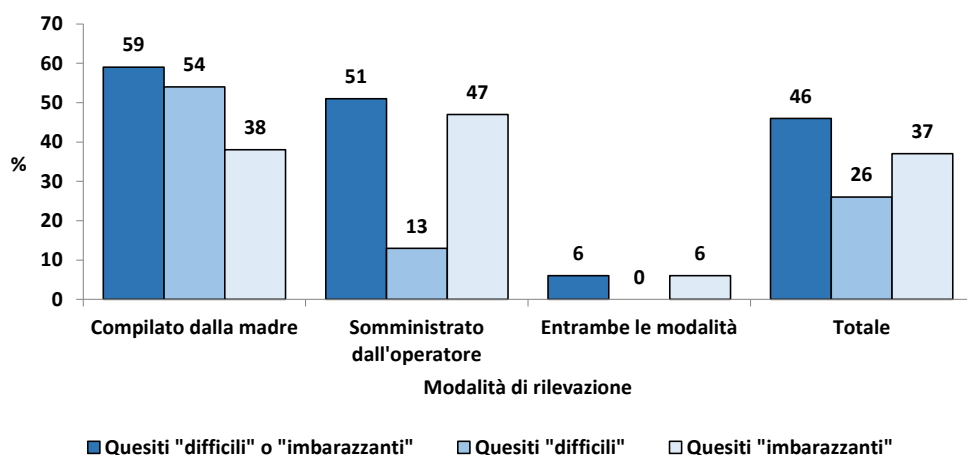


Figura 2 - Percentuale di operatori che hanno dichiarato la presenza di quesiti “critici” per modalità di rilevazione

La sezione del questionario dedicata a rilevare alcune caratteristiche del bambino e dei genitori è quella maggiormente citata dagli operatori sia in relazione alla difficoltà delle mamme a rispondere (dichiarata dal 12,5% degli operatori), che alla riluttanza o imbarazzo delle mamme (30,8%). In quest’ultimo caso, la domanda più frequentemente segnalata è quella relativa a come la famiglia arriva a fine mese dato il proprio reddito (vedi Appendice B quesito p. 108) Per quanto riguarda i quesiti “difficili” di questa sezione, i più citati sono la settimana di gravidanza in cui è nato il bambino e il fatto che la mamma abbia seguito o meno un corso di accompagnamento alla nascita. Altre sezioni segnalate dagli operatori come critiche sono quella sul consumo di bevande alcoliche (15,6%) e della abitudine al fumo (9,6%). Infine, l’11,5% degli operatori afferma che le mamme hanno trovato difficoltà a rispondere ai quesiti sull’assunzione di acido folico.

L'esperienza della Sperimentazione nel suo complesso: impatto sui CV e ripetibilità

Il 27,9% degli operatori ritiene che la Sorveglianza abbia avuto un impatto positivo sullo svolgimento delle normali attività del CV, il 35,6% ritiene che non vi sia stato alcun impatto, il 16,3% segnala un impatto negativo e il 20,2% non si esprime (Figura 3). Emergono importanti differenze territoriali che sembrano riconducibili più alle peculiarità organizzative del singolo Distretto piuttosto che alla modalità di rilevazione adottata per la Sorveglianza.

In particolare, la quota di operatori che esprimono una valutazione negativa è decisamente più alta nei Distretti del Nord, soprattutto in Veneto dove 6 operatori su 9 si esprimono negativamente. Nei Distretti del Centro e del Sud emerge un quadro meno critico, soprattutto in Puglia dove nessun operatore ha dichiarato un impatto e 10 professionisti su 18 lo hanno valutato positivamente (55,6%). Un quadro analogo, anche se meno entusiasta, emerge anche nelle Marche, dove 1 solo operatore esprime una valutazione negativa, e in Campania dove è particolarmente alta la quota di coloro che non ritengono vi sia stato alcun impatto (14 su 23, pari al 60,9%). In Calabria a fronte di una quota importante di operatori che si esprime positivamente (6 su 15, pari al 40,0%), vi sono anche operatori che danno invece un giudizio negativo (4 su 15, pari al 26,7%). Infine, a Milano e, in misura minore, nelle Marche una quota rilevante di operatori ha preferito non esprimersi (rispettivamente 7 su 17, pari al 41,2% e 6 su 22, pari al 27,3%) (Tabella 5).

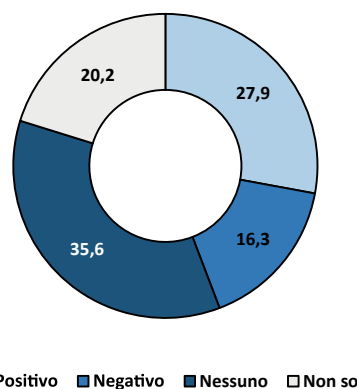


Figura 3 - Impatto della sorveglianza sulle normali attività del CV (%)

Tabella 5 - L'impatto della Sorveglianza sulla normale attività dei CV

Unità Operative ^a	Che tipo di impatto ritiene che l'esperienza della Sorveglianza abbia avuto sullo svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?				
	Positivo N (%)	Neutro N (%)	Negativo N (%)	Non so N (%)	Totale N (%)
ASL Milano	1 (5,9)	4 (23,5)	5 (29,4)	7 (41,2)	17 (100,0)
Veneto	2 (22,2)	1 (11,1)	6 (66,7)	0 (0,0)	9 (100,0)
Marche	7 (31,8)	8 (36,4)	1 (4,5)	6 (27,3)	22 (100,0)
Campania	3 (13,0)	14 (60,9)	1 (4,3)	5 (21,7)	23 (100,0)
Puglia	10 (55,6)	6 (33,3)	0 (0,0)	2 (11,1)	18 (100,0)
Calabria	6 (40,0)	4 (26,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	15 (100,0)
Totale	29 (27,9)	37 (35,6)	17 (16,3)	21 (20,2)	104 (100,0)

^aIn Puglia 1 operatore ha preso parte alla raccolta dati in entrambi i Distretti, situazione analoga per 2 operatori in Campania. Questi operatori sono stati considerati una volta sola.

“La raccolta dati ha creato un’occasione in più perché mamma/operatore comunicassero tra loro.

È 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...”

A coloro che hanno segnalato un **impatto positivo** è stato chiesto di indicare in che modo la Sorveglianza abbia determinato un miglioramento delle attività del CV. In tutti i contesti della sperimentazione, gli operatori hanno spontaneamente dichiarato che la Sorveglianza ha permesso di migliorare il rapporto con l’utenza in virtù dell’ampliamento dei temi affrontati con la mamma (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 mamma, nonché il consolidarsi di un rapporto fiduciario.

Più in generale, secondo la maggior parte degli operatori (84% di coloro che hanno compilato il questionario di valutazione) la Sorveglianza è stata un’importante occasione per promuovere comportamenti a favore della salute dei bambini tra le mamme. Inoltre, la quasi totalità dei rispondenti ha riconosciuto che le informazioni prodotte dalla Sorveglianza sono di grande interesse per coloro che si occupano di salute infantile (95%).

In caso di **impatto negativo**, gli operatori hanno spontaneamente 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 mamma che per l’operatore.

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

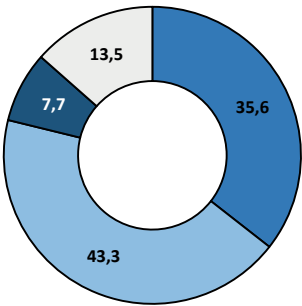
“L’attività del centro vaccinale è già molto complessa e con tempi strutturati solo per la vaccinazione”

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

Indipendentemente dal giudizio complessivo dell’impatto della Sorveglianza, a tutti gli operatori è stato chiesto di selezionare, da una lista precompilata, i possibili effetti della Sperimentazione sulle attività e l’organizzazione dei CV (vedi Appendice B p. 120). Secondo il 60,6% dei rispondenti la Sorveglianza ha comportato un rallentamento delle normali attività, mentre pressoché nessuno ha indicato una impossibilità a svolgere tali attività (2,9%). Inoltre, quasi un operatore su due (45,2%) ritiene che la sperimentazione abbia determinato la necessità di operare una riorganizzazione delle risorse interne al CV (indicato dal 30,8% degli operatori) o la necessità per gli operatori del centro di fare degli straordinari (15,4%) o la necessità di aumentare l’organico dedicato allo

svolgimento delle normali attività (11,5%). Infine, il 16,4% ha segnalato il bisogno di ricorrere a personale esterno da dedicare alla Sorveglianza.

Nonostante la Sorveglianza abbia avuto un impatto importante sulla normalità dei CV, il 78,9% dei rispondenti ha dichiarato che l'esperienza può essere ripetuta all'interno del CV, anche se per il 43,3% tale ripetizione è vincolata all'introduzione di alcune modifiche (Figura 4). Queste 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 (13,5%), soprattutto a Milano (5 su 17 pari al 29,4%), nelle Marche (5 su 22, pari al 22,7%) e in misura minore in Campania (3 su 23, pari al 13,0%) (Tabella 6).



■ Si, senza modifiche ■ Si, con modifiche ■ No □ Non so

Figura 4 - Ripetibilità della Sorveglianza nel CV (%)

Tabella 6 - Ripetibilità della Sorveglianza all'interno dei CV

Unità Operative ^a	Ritiene che l'esperienza della Sorveglianza possa essere ripetuta all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?				
	Si, così come è stata sperimentata N (%)	Si, ma solo introducendo alcune modifiche N (%)	No N (%)	Non so N (%)	Totale N (%)
ASL Milano	1 (5,9)	7 (41,2)	4 (23,5)	5 (29,4)	17 (100,0)
Veneto	1 (11,1)	5 (55,6)	3 (33,3)	0 (0,0)	9 (100,0)
Marche	5 (22,7)	12 (54,5)	0 (0,0)	5 (22,7)	22 (100,0)
Campania	10 (43,5)	10 (43,5)	0 (0,0)	3 (13,0)	23 (100,0)
Puglia	12 (66,7)	4 (22,2)	1 (5,6)	1 (5,6)	18 (100,0)
Calabria	8 (53,3)	7 (46,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (100,0)
Totale	37 (35,6)	45 (43,3)	8 (7,7)	14 (13,5)	104 (100,0)

^aIn Puglia 1 operatore ha preso parte alla raccolta dati in entrambi i Distretti, situazione analoga per 2 operatori in Campania. Questi operatori sono stati considerati una volta sola.

Secondo gli operatori che vincolano la ripetibilità della esperienza all'introduzione di modifiche, gli **aspetti più critici** sui quali intervenire (Vedi Appendice B p. 121) sono le condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati (indicata dal 55,6% di tali operatori) e il tempo da dedicare a ciascuna mamma coinvolta (42,2%). La compilazione del questionario è avvenuta nelle sale d'aspetto (soprattutto nelle realtà in cui la mamma ha compilato in autonomia il questionario) o nell'ambulatorio vaccinale (nel caso

della somministrazione delle domande da parte dell'operatore): in entrambi i casi, gli operatori hanno giudicato tali spazi non idonei, lamentando la mancanza di *privacy* e di tranquillità sia per la mamma che per l'operatore. La stragrande maggioranza di coloro che ha individuato una criticità nelle condizioni ambientali suggerisce di trovare degli spazi dedicati dove svolgere la Sorveglianza.

Per quanto riguarda, invece, il tempo da dedicare a ciascuna mamma, gli operatori ritengono che esso sia insufficiente a svolgere sia le attività di compilazione del questionario, che quelle di promozione della salute. Inoltre, la Sorveglianza sottrae tempo da dedicare alla vaccinazione, comportando un rallentamento delle normali attività dei CV. Tale criticità è sentita maggiormente nelle realtà del Centro-Nord (66,7%) e in misura molto minore nel Sud (14,3%). A 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.

Il questionario rappresenta un altro elemento da migliorare: il 37,8% ritiene che la complessità delle domande poste sia un elemento su cui intervenire, mentre una quota più contenuta (13,3%) vorrebbe ridurre il numero di determinanti indagati. In particolare, gli operatori suggeriscono una diminuzione del numero di quesiti e, soprattutto, una semplificazione di alcune sezioni ritenute troppo complesse. Infine, molti operatori segnalano l'importanza di avere materiale tradotto in altre lingue che permetta il coinvolgimento delle mamme straniere. Quasi 1 operatore su 3 ritiene che si debba intervenire sugli operatori o figure professionali da coinvolgere nella Sorveglianza e 1 su 4 suggerisce di modificare l'organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza. Infine, il 15,6% degli operatori (tutti appartenenti a CV dei Distretti del Centro-Nord Italia) vorrebbe una riduzione della durata complessiva della Sorveglianza.

Il punto di vista dei Referenti di UO, di Distretto e loro collaboratori

Ai Referenti di UO, di Distretto e loro collaboratori è stato chiesto di esprimere una valutazione della fase di avvio del Progetto, volta principalmente a rilevare eventuali criticità nella fase di arruolamento nello studio dei Distretti e dei CV. Come già fatto per i professionisti direttamente coinvolti nella raccolta dati, anche in questo caso, è stato chiesto di esprimere il proprio punto di vista sia sull'impatto della Sorveglianza sullo svolgimento delle normali attività del CV sia sulla possibilità che essa possa essere ripetuta in futuro.

Hanno partecipato alla valutazione 27 professionisti, pari all'81,8% del totale dei Referenti di UO, di Distretto e dei loro collaboratori.

La fase d'avvio del Progetto

Ai Referenti di UO, di Distretto e ai loro collaboratori è stato chiesto se avessero o meno incontrato difficoltà nel reclutamento dei Distretti: su 11 rispondenti, 4 hanno dichiarato di aver incontrato difficoltà, se pur limitate, e 7 di non averne incontrate affatto. In particolare, sono emerse difficoltà nel reclutamento in Veneto – a causa del fatto che poche realtà avevano già in uso il sistema informatizzato per la registrazione

dell'anamnesi vaccinale (prerequisito alla partecipazione alla sperimentazione in questa regione); nelle Marche – dove le obiezioni da parte dei Distretti sono state principalmente legate all'aumento del carico di lavoro per i CV; e in Campania – dove alcuni Distretti non si sono resi disponibili a partecipare a causa della mancanza di personale. Secondo i Referenti, in un'ottica di estensione della Sorveglianza ad altri territori, in futuro occorrerà fare una attenta valutazione dei tempi e delle risorse necessarie alla Sorveglianza, in modo da prevedere eventuali incentivi economici (Marche e Campania) o identificare preventivamente delle risorse umane da dedicare specificatamente alla raccolta dati (Milano).

Inoltre, i Referenti suggeriscono una forte azione di informazione rivolta agli operatori dei CV sulla finalità e le modalità di espletamento della Sorveglianza, nonché sulla importanza di produrre dati in modo standardizzato e routinario sui determinanti di salute di questa particolare fascia di popolazione. Infine, i Referenti della Puglia ritengono che l'utilizzo del sistema di registrazione dati in dotazione ai CV, così come sperimentato in Veneto, possa facilitare l'estensione della Sorveglianza all'intero territorio regionale.

Uno scenario molto simile a quanto appena descritto emerge anche da quanto dichiarato dai Referenti di Distretto e dai loro collaboratori in merito alle difficoltà incontrate nella fase di coinvolgimento dei CV. Laddove segnalate (Puglia e Calabria), le difficoltà sono riconducibili alla carenza e demotivazione del personale dei CV e i suggerimenti per il futuro fanno riferimento a forme di remunerazione e/o supporto per l'aggravio di lavoro determinato dalla Sorveglianza e ad azioni formative in grado di sensibilizzare e motivare maggiormente il personale.

L'esperienza della Sperimentazione nel suo complesso: impatto sui CV e ripetibilità

La maggioranza dei Referenti di UO, di Distretto e dei loro collaboratori ritiene che la Sorveglianza abbia avuto un impatto positivo sui CV (17 su 27, pari al 63%). In particolare, viene sottolineato come l'esperienza abbia contribuito a sensibilizzare maggiormente gli operatori sui temi della promozione della salute nei primissimi anni di vita e a valorizzare le competenze presenti all'interno dei CV. Inoltre, come già sottolineato dagli operatori, si ritiene che la Sorveglianza abbia contribuito a migliorare la relazione tra utente e operatore. Solo 3 rispondenti (11,1%) hanno espresso una valutazione negativa (in Veneto e Calabria), mentre altrettanti non hanno rilevato alcun impatto (a Milano e in Puglia) e 4 non hanno espresso alcuna opinione (14,8%).

Alla domanda “Ritiene che l'esperienza della Sorveglianza possa essere ripetuta all'interno del CV?” tutti hanno risposto affermativamente, anche se per la maggioranza (16 su 27, pari a 59,3%) è necessario apportare delle modifiche. Come già emerso dalla valutazione degli operatori, le modifiche auspiccate sono finalizzate a: a) migliorare le condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati, attraverso l'individuazione di spazi dedicati alla compilazione del questionario e alla eventuale attività di promozione della salute ad essa legato; b) rendere maggiormente compatibile la sorveglianza con l'attività routinaria dei CV agendo sul numero di determinanti da indagare, sulla complessità del questionario, sulla numerosità di mamme da arruolare nello studio e c) prevedere

un riconoscimento economico da corrispondere a fronte di un aumento del carico di lavoro o prevedere l'impiego di figure professionali esterne, che possano supportare il personale dei CV nella raccolta dati.

Sintesi dei principali risultati

La valutazione ha evidenziato una eterogeneità in 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.

A fronte di tali risultati, il percorso verso la definizione ed implementazione di un Sistema di Sorveglianza Nazionale sui determinanti di salute dei bambini da prima del concepimento al secondo anno di vita richiede una serie di azioni volte a:

- **Pianificare** la rilevazione in modo da ridurre il più possibile il numero di mamme che ciascun CV deve arruolare. Tale obiettivo può essere perseguito scegliendo un livello di rappresentatività territoriale più ampio, come la ASL o la Regione;
- **Gestire** l'arruolamento nello studio in modo da attutirne, il più possibile, l'impatto sulla programmazione delle sedute vaccinali. In tal senso si può prevedere, ad esempio, di arruolare non tutti i giorni della settimana, oppure si possono prevedere momenti diversi in cui svolgere la raccolta dati a seconda della dose vaccinale in occasione della quale si arruola la mamma;
- **Semplificare** il questionario di rilevazione in modo da agevolare la compilazione
- **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.

Opportunità

- Rilevanza e interesse per le informazioni prodotte
- Mancanza di una produzione sistematica di tali informazioni
- Popolazione target facilmente raggiungibile
- Forte partecipazione delle mamme
- 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

Valutazione delle conoscenze degli operatori coinvolti nella Sperimentazione sui determinati indagati

Stefania Porchia, Stefano Campostrini, Giovanni Rataj

Università Ca' Foscari Venezia, Venezia

Come già discusso nei precedenti capitoli, in tutte le Unità Operative (UO) c'è stato un coinvolgimento attivo degli operatori dei Centri Vaccinali (CV) con diverse intensità: dalla semplice consegna e ritiro dei questionari, alla somministrazione vera e propria, delle domande previste nella Sorveglianza o su carta o tramite applicativo informatizzato.

Da protocollo è stato indicato agli operatori dei CV di non fornire alle mamme informazioni sui determinanti prima della compilazione del questionario per non condizionare le loro risposte. Dopo aver compilato il questionario invece potevano rispondere a qualsiasi domanda e ad ogni mamma è stata fornita la brochure informativa.

Era quindi fondamentale che il personale sanitario che partecipava alla Sorveglianza disponesse di tutte le conoscenze corrette e aggiornate relativamente alle tematiche trattate nello strumento di rilevazione.

Per questo motivo si è voluto indagare le conoscenze degli operatori coinvolti nella Sorveglianza rispetto ai determinanti oggetto di indagine in modo da avere una indicazione sul livello di conoscenza presente nelle diverse UO coinvolte ed eventualmente, rafforzare le loro conoscenze tramite delle giornate di formazione. Non si è trattata di una rilevazione campionaria che mira a evidenziare le conoscenze presenti in generale negli operatori dei CV delle diverse regioni, ma una rilevazione “universale” delle persone effettivamente coinvolte nella Sperimentazione. Quindi non è possibile effettuare alcuna operazione di inferenza dai dati presentati rispetto alle conoscenze attuali nelle specifiche regioni e, tantomeno, a livello nazionale.

Le conoscenze sugli stessi determinati rilevati con la Sorveglianza sono stati indagati con un questionario strutturato rivolto agli operatori delle UO. Due sono stati i momenti di indagine tra gli operatori: prima della formazione e della raccolta dati si è proceduto mediante un questionario cartaceo autocompilato; successivamente, a Sorveglianza conclusa, si è somministrato lo stesso questionario ma utilizzando il canale web (Cawi – Computer Assisted Web Interviewing) per raggiungere gli operatori delle diverse UO.

Gli operatori coinvolti nella rilevazione

In Tabella 1 viene riportato il numero di questionari compilati dalle diverse UO nei due momenti di rilevazione. I questionari erano anonimi, non è quindi possibile collegare le risposte delle stesse persone prima e dopo la sperimentazione ma possono essere messe in collegamento solo i dati riferiti ad una medesima UO.

Come si può vedere dalla Tabella 1 ci sono numerosità diverse tra la prima e la seconda rilevazione dovute nella maggior parte dei casi, in particolare in Puglia e nell'ASL di Milano, alla necessità di integrare l'équipe dei rilevatori con personale aggiuntivo che è stato opportunamente formato prima della rilevazione. Nel caso invece contrario di una numerosità più alta all'avvio della sperimentazione, in particolare per il Veneto, questa è dovuta al fatto che si sono inserite nella formazione iniziale persone che poi non hanno seguito direttamente la rilevazione.

Tabella 1 - Numero di questionari compilati nelle due rilevazioni relative alle conoscenze degli operatori

Unità Operative	Prima rilevazione	Seconda rilevazione		
	n. questionari compilati	n. questionari inviati	n. questionari compilati	Tasso di risposta
ASL Milano	24	32	30	93,8%
Veneto	25	11	11	100,0%
Marche	30	27	21	77,8%
Campania	21	25	23	92,0%
Puglia	6	22	20	90,9%
Calabria	12	17	16	94,1%
Totale	118	134	121	90,3%

Degli operatori coinvolti oltre l'80% è una donna, circa l'85% ha più di 45 anni, le professioni più coinvolte sono: Infermiere (33%), Assistenti sanitarie (25%), Medici (20%).

I principali risultati

Per le motivazioni che sono state esposte in premessa ovvero che non è possibile aggregare i dati perché ogni UO viene rappresentata nella sua interezza, i risultati possono essere analizzati solo mantenendo separate le UO, la colonna del totale viene conteggiata a puro scopo di riferimento complessivo ma non va considerata rappresentativa della totalità degli operatori. Con T0 sono indicati i risultati ottenuti prima della formazione mentre con T1 quelli ottenuti a fine Sorveglianza. Nei grafici sono riportate numericamente solo le percentuali delle risposte corrette.

Allattamento materno

Le conoscenze corrette degli operatori rispetto a questo determinante sono state sondate attraverso una batteria di domande sui vantaggi dell'allattamento al seno, ma soprattutto sulla conoscenza dei tempi consigliati dall'OMS di allattamento esclusivo e prolungato anche dopo lo svezzamento. In tutte le UO da prima a dopo la realizzazione della Sperimentazione aumenta la percentuale di operatori che rispondono correttamente alla prima domanda indicando i 6 mesi. Considerando la somma degli operatori di tutte le UO questa percentuale raggiunge l'86%. Rimane ancora qualche operatore che pensa che non ci sia un tempo definito da consigliare, specialmente nei Distretti della Regione Puglia.

Nel caso, invece, dell'allattamento prolungato si nota come complessivamente ci siano delle conoscenze corrette meno diffuse, permane un'area di operatori che ritengono che il tempo corretto da consigliare sia un anno e qualcuno addirittura lo svezzamento.

Anche in questo caso le conoscenze meno corrette vengono registrate nei Distretti della Regione Puglia (Figura 1).

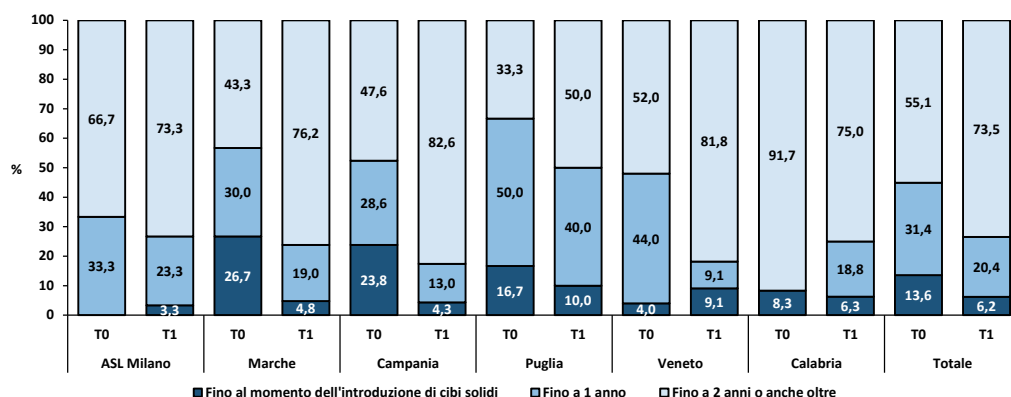


Figura 1 - Secondo l'OMS, fino a che età è auspicabile che i bambini vengano allattati al seno?

Astensione dall'alcol in gravidanza e in allattamento

L'astensione dall'alcol in gravidanza e in allattamento è un determinante su cui si è cominciato a lavorare più recentemente rispetto ad altri come ad esempio il fumo; inoltre si innesta in una cultura, specie nelle regioni settentrionali, dove assumere alcolici è una pratica quotidiana diffusa e accettata. Questa situazione si riflette anche sulle conoscenze degli operatori che fanno registrare ancora delle aree poco sottovalutate, in particolare si può vedere come complessivamente solo il 60% degli intervistati sappia che anche moderate quantità di alcol in gravidanza non è escluso che provochino danni sul bambino (Figura 2).

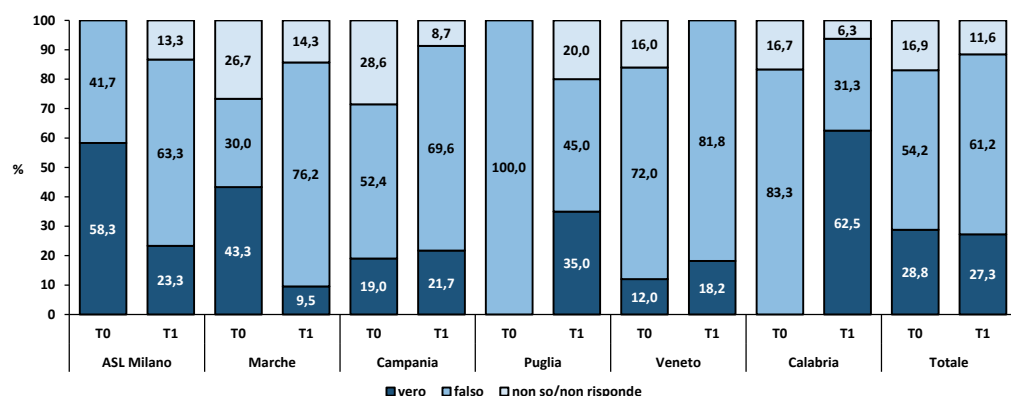


Figura 2 - A suo parere l'assunzione di alcol in gravidanza - se ci si limita a moderate quantità di alcol è escluso che provochi danni?

Astensione dal fumo prenatale e postnatale

Le possibili conseguenze sul nascituro del fumo in gravidanza sono conosciute in maniera consolidata in tutte le UO. Rimane ancora un'area di incertezza relativamente alla relazione tra fumo e allattamento. Infatti dal grafico che segue si vede come molti operatori, anche dopo la Sperimentazione, ritengano che se la mamma fuma dovrebbe smettere di allattare, mentre il messaggio da trasmettere sarebbe quello, se la mamma non riesce a smettere di fumare, di continuare comunque ad allattare con le dovute precauzioni. È un messaggio che va ripreso specialmente nelle UO del Sud (Figura 3).

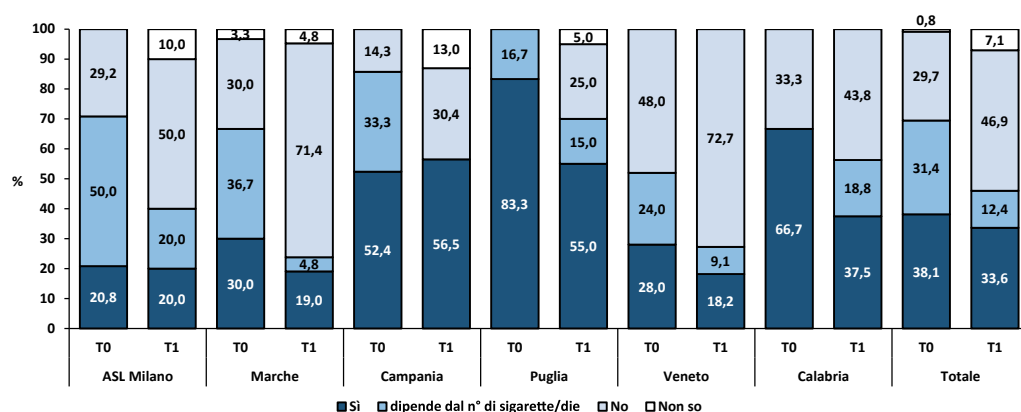


Figura 3 - Secondo Lei, se la madre fuma, dovrebbe smettere di allattare al seno?

Posizione del lattante in culla

Rispetto ai fattori di protezione della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) ci sono ormai conoscenze consolidate sul fatto che la posizione a pancia in su sia protettiva come anche evitare di fumare nella stanza del bambino e evitare le alte temperature. Ci sono ancora dei margini di miglioramento, attorno al 10%-15%, sul fatto che la posizione di lato non sia protettiva mentre è protettivo l'allattamento al seno con un netto miglioramento nelle risposte da prima e dopo la formazione (Figura 4)

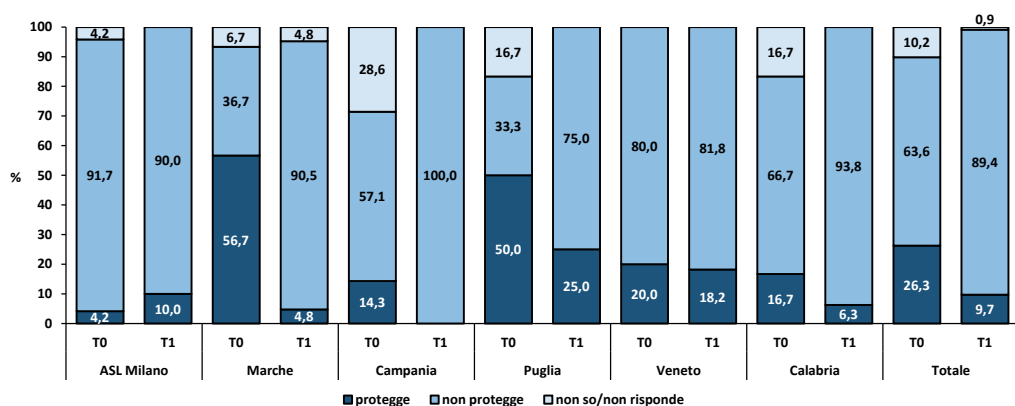


Figura 4 - Secondo Lei, mettere a dormire il bambino di fianco protegge dalla SIDS?

Assunzione di Acido Folico

Un altro determinante indagato era collegato all'assunzione di acido folico. Rispetto a questo determinante c'è una conoscenza diffusa sulla sua utilità, ma rimangono ancora delle aree di miglioramento rispetto al periodo di assunzione. Come si vede dalla Figura 5, infatti, la conoscenza dei tempi corretti di assunzione (prima del concepimento e nei primi 3 mesi di gravidanza) riguarda solo il 44% del totale degli operatori dopo la Sperimentazione, senza grandi differenze tra UO. Questo elemento va sicuramente ripreso e sostenuto in modo che gli operatori che entrano in contatto con le mamme siano in grado di fornire le corrette indicazioni.

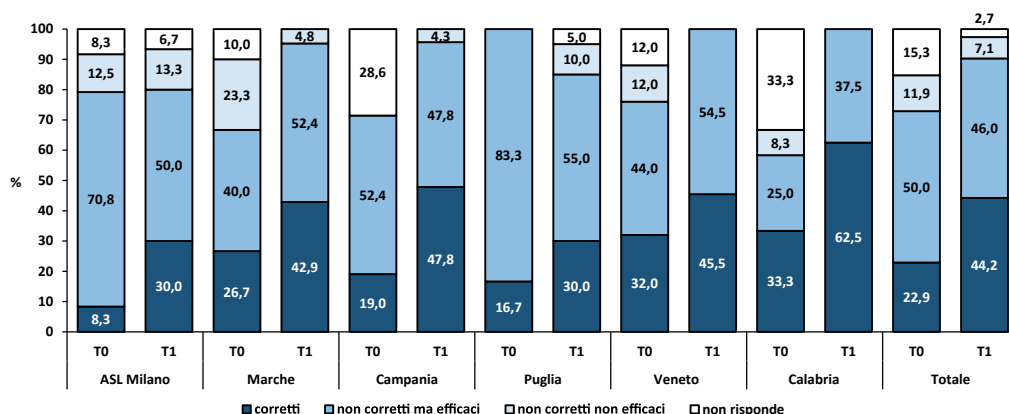


Figura 5 - Conoscenza tempi di assunzione acido folico

Vaccinazioni

Relativamente alle vaccinazioni più che le conoscenze sono state rilevate gli atteggiamenti degli operatori. Complessivamente si registra un atteggiamento positivo verso le vaccinazioni in tutte le UO coinvolte nella Sperimentazione.

Lettura ad alta voce

Anche rispetto a questo determinante non si registrano elementi di difficoltà: è conoscenza consolidata che la promozione della lettura precoce ad alta voce ai bambini è un intervento basato su robuste evidenze scientifiche e praticamente il 100% degli operatori coinvolti in tutte le UO ritengono che i genitori dovrebbero cominciare a leggere ai propri figli o dalla nascita o dai 6 mesi.

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato come il coinvolgimento nella Sorveglianza e la formazione effettuata 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
Allattamento al seno	Sei mesi il tempo consigliato di allattamento esclusivo al seno	Allattamento al seno consigliato oltre l'anno di vita
Posizione in culla	Mettere a dormire il bambino a pancia in su protegge dalla sids	Mettere a dormire il bambino di lato non protegge dalla sids
Assunzione di acido folico	Tempi efficaci di assunzione di acido folico	Tempi corretti di assunzione di acido folico
Abitudine al Fumo	Relazione tra fumo in gravidanza e basso peso alla nascita	Allattamento al seno consigliato anche se la mamma fuma
Consumo di bevande alcoliche	Possibili effetti dell'alcol sullo sviluppo fetale	Rischi per la gravidanza anche per modico consumo di alcol

Risultati sui determinanti inclusi nella Sperimentazione della Sorveglianza

Laura Lauria^a, Marta Buoncristiano^{ab}, Mauro Bucciarelli^a, Enrica Pizzi^a, Paola Nardone^a, Angela Spinelli^a, Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni

^a*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

In questo capitolo vengono riportati i principali risultati relativi al campione reclutato e ai determinanti studiati. Data la rappresentatività a livello di Distretto, come previsto dal disegno di studio descritto in dettaglio nei capitoli precedenti, i risultati non sono generalizzabili alle rispettive Regioni né tanto meno estendibili a tutta l'Italia, ma indicano le potenzialità di un Sistema di Sorveglianza come quello sperimentato. Ricordiamo che nei Distretti della Regione Veneto la Sperimentazione si è limitata a 4 determinanti di salute: consumo di tabacco, allattamento al seno, posizione in culla e vaccinazioni.

La denominazione per esteso dei Distretti sanitari è riportata in Tabella 1 a p. 19.

Caratteristiche del campione

Sono state intervistate complessivamente 14.263 mamme (di cui 3.996 reclutate alla prima dose DTP, 3.035 alla seconda dose DTP, 3.331 alla terza dose DTP, 2.124 alla prima dose MPR e 1.777 mamme in occasione di altre vaccinazioni), con un tasso di rispondenza ovunque molto alto e superiore al 94%. In generale si è rilevata una certa variabilità nella distribuzione per età dei bambini dose-specifica che può essere ricondotta ad una diversa schedula vaccinale, ad aspetti organizzativi dei Centri Vaccinali (CV) o a ritardo vaccinale. Ad esempio, l'età mediana alla prima dose DTP varia da 2 mesi e 6 giorni (SA Ds 66) a 3 mesi e 3 giorni (Brindisi) (Figura 1).



Figura 1 - Età alla 1ª dose DTP per Distretto: mediana, 10° e 90° percentile (parte decimale espressa in percentuale rispetto al mese)

Un'ampia variabilità si è rilevata anche nelle caratteristiche socio-demografiche delle mamme (Tabella 1), oltre che in quelle organizzative dei servizi vaccinali e in particolare quelle derivabili dal contesto territoriale/abitativo come descritto nei capitoli precedenti.

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche delle mamme intervistate per Distretto

Distretto	N	Caratteristiche socio-demografiche (%)						
		< 30 anni	Primi-para	Titolo di studio ≤ media inferiore	Non occup.	Con difficoltà economiche	Straniera	partecipato a CAN*
VE Ulss 13	1220	16,6	52,2	17,0	19,0	31,1	18,3	48,6
PD Ulss 16	1293	17,5	49,3	19,0	28,7	41,4	26,0	55,2
Milano	1775	21,8	56,1	18,3	17,8	45,4	37,6	61,8
Senigallia	789	23,9	54,7	16,0	20,7	43,7	19,3	67,7
Jesi	1134	25,5	54,1	19,2	21,1	46,1	22,2	66,0
Fabriano	572	23,1	53,6	22,5	29,2	41,4	31,4	58,8
Ancona	1424	22,0	54,8	17,6	22,6	47,1	22,2	63,5
SA Ds 66	1183	20,8	56,2	14,9	30,5	46,1	6,9	33,7
SA Ds 68	1176	27,9	54,6	25,1	26,0	45,8	10,5	22,3
Taranto	1122	27,0	55,9	24,1	33,1	57,9	2,7	34,0
Brindisi	924	26,0	55,4	24,9	30,2	58,1	6,8	29,5
Ionio Nord	872	33,7	48,2	30,7	29,6	62,0	20,7	24,9
Soverato	794	28,2	49,7	22,3	39,0	60,0	16,1	44,5

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

Tali variabilità rendono inopportune analisi descrittive dei determinanti di livello superiore a quello di singolo Distretto e pertanto non sono riportati i risultati totali dell'intero campione. Su questo sono state invece effettuate analisi multivariate per ciascun determinante per verificare l'effetto indipendente di fattori potenzialmente associati nell'ipotesi che le dinamiche tra fattori siano le stesse in tutti i Distretti e i risultati sono descritti in forma riassuntiva. Inoltre, per esplorare l'influenza della diversa area geografica di provenienza, per ciascun determinante è stata effettuata un'analisi specifica sulle mamme straniere indipendentemente dal Distretto.

Acido folico

Introduzione

L'assunzione di acido folico (vitamina B9) in periodo periconcezionale, ovvero da prima del concepimento fino ad almeno 3 mesi dopo il concepimento, protegge da gravi malformazioni, in particolare da quelle del tubo neurale come la spina bifida (1). In Italia, le malformazioni congenite in generale colpiscono 1 su 30-50 nati, mentre la prevalenza totale di difetti del tubo neurale, nel periodo 2008-2012, si stimava intorno a 5-6 per 10.000 nati (circa 1 caso ogni 10.000 nati vivi) (2); si stima inoltre, che l'assunzione di acido folico da prima del concepimento possa ridurre il rischio di malformazioni nel neonato di circa il 50-70% (3). I difetti del tubo neurale e le cardiopatie congenite

sono responsabili di circa la metà delle morti infantili da malformazioni congenite. Per tali motivi, oltre a raccomandare di seguire una dieta ricca di frutta e verdura, viene raccomandato di assumere 0,4mg al giorno di supplemento vitaminico a tutte le donne in età fertile che programmano o che non escludono una gravidanza (4). L'assunzione periconcezionale di acido folico rappresenta un importante indicatore di *empowerment* delle donne in quanto espressione di una grande capacità di controllo e di scelta sulla propria vita riproduttiva e consapevolezza della possibilità di prevenzione di rischi cui possono andare incontro sia la madre che il bambino.

Risultati

L'assunzione di acido folico da prima del concepimento come atto di prevenzione, presuppone che la donna programmi la gravidanza o comunque che non si attivi per evitarla. Hanno dichiarato di aver programmato la gravidanza tra circa il 53% (Jesi, Ancona) e il 60% (Milano) delle mamme italiane dei Distretti del Centro Nord e tra circa il 40% (Ionio Nord) e il 52% (Soverato) delle mamme italiane dei distretti del Sud (Figura2). Se consideriamo insieme alle gravidanze programmate anche quelle non escluse, le percentuali arrivano a variare da circa il 70% (Ionio Nord) a poco più dell'87% (Fabriano, Milano). Queste percentuali rappresentano quindi l'obiettivo massimo raggiungibile per l'assunzione periconcezionale di acido folico come forma di prevenzione delle malformazioni congenite.

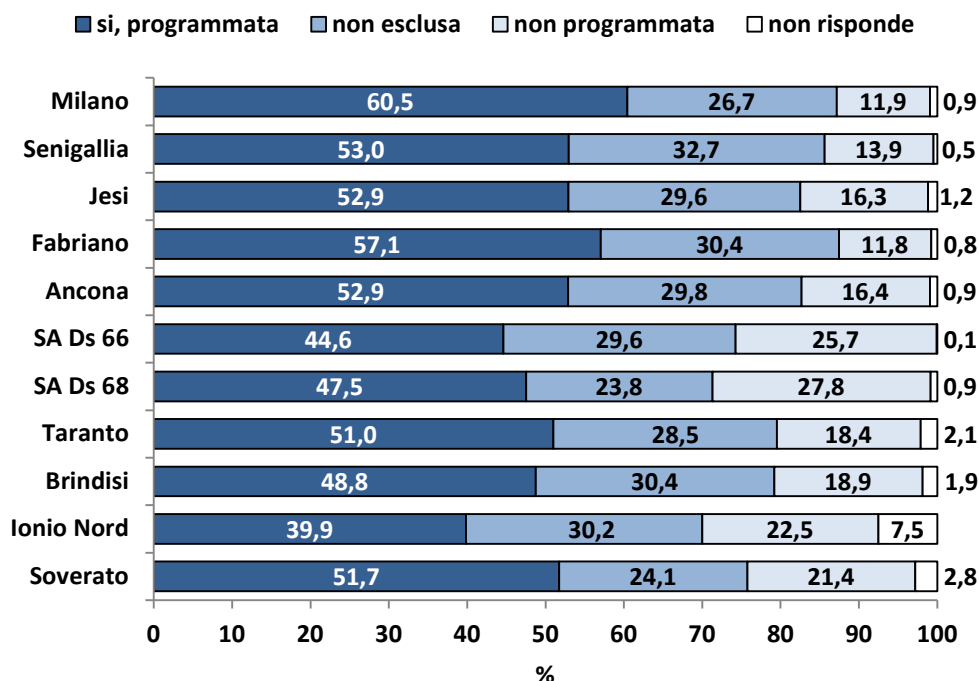


Figura 2 - Gravidanza programmata - Italiane

Alla domanda se hanno mai sentito parlare di acido folico, la quasi totalità delle mamme italiane, più del 98% in 9 Distretti su 11 (valori leggermente più bassi, 95-96%, nei

distretti Ionio Nord e Taranto), rispondono positivamente. Per quanto riguarda le mamme straniere nel complesso, cioè indipendentemente dal Distretto di residenza, il livello di conoscenza si riduce, soprattutto per le mamme provenienti dal continente africano. Infatti, il 65,6%, il 71,5%, l'87,1% e l'91,1% delle mamme provenienti rispettivamente dall'Africa (n=366), Asia (n=404), Europa (n=1002) e America (n=304), dichiarano di aver sentito parlare di acido folico.

In tutti i Distretti, la quasi totalità delle donne che hanno programmato/non escluso la gravidanza, dichiara di aver assunto l'acido folico, ma la maggioranza lo ha assunto solo a gravidanza iniziata cioè quando non ha alcun effetto preventivo per i rischi cui va incontro il bambino (Figura 3). Molto bassa, dall'1,3% (Soverato) al 10,4% (Milano) è la proporzione di donne che lo assume strettamente secondo la definizione data nelle raccomandazioni, cioè da prima del concepimento e fino a 3 mesi di gravidanza; mentre dal 23,6% (Jesi) al 36,7% (Soverato) dichiara di averlo assunto da prima del concepimento e durante tutta la gravidanza, cioè con una modalità in ogni caso efficace per la prevenzione delle malformazioni congenite. Complessivamente, l'assunzione periconcezionale di acido folico, qui considerata come l'insieme dei tempi corretti più i tempi efficaci, è risultata variabile dal 24,4% (Ionio Nord) al 46,3% (Fabriano).

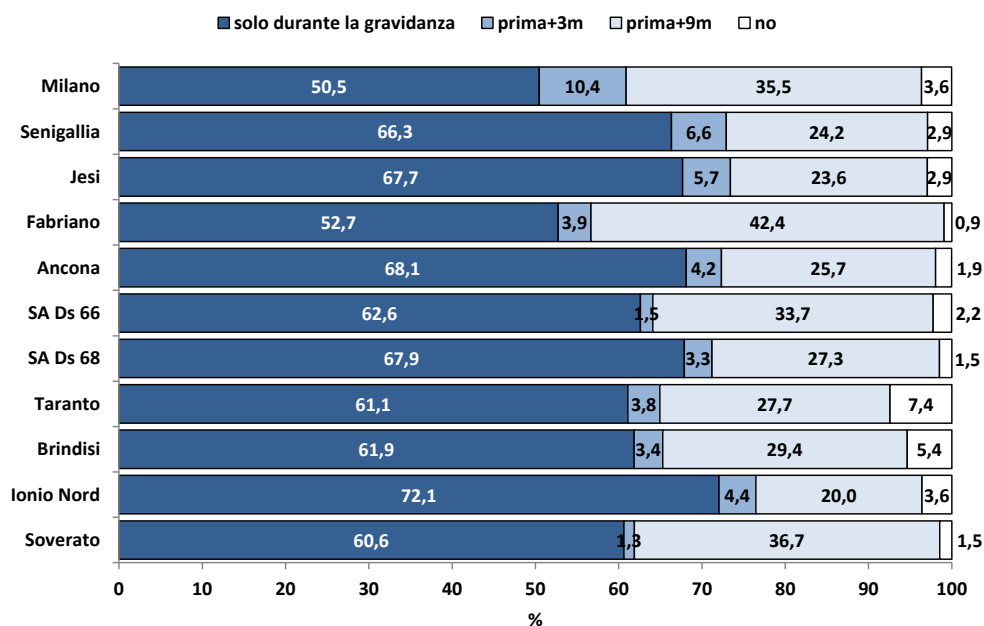


Figura 3 - Assunzione di acido folico in occasione della gravidanza (solo gravidanze programmate/non escluse) - Italiane

* La variabile "tipologia di assunzione" è stata costruita recuperando alcune informazioni mancanti, non analizzate in precedenti pubblicazioni.

L'analisi dell'assunzione di acido folico tra le mamme straniere che hanno dichiarato di aver programmato o non escluso la gravidanza, si basa su 728 mamme provenienti da paesi Europei, 221 dall'Africa, 280 dall'Asia e 203 dall'America. La distribuzione della tipologia di assunzione sembra diversa da quella che si rileva per le italiane nei diversi Distretti e molto variabile anche per le diverse aree di provenienza. In particolare appare molto più accentuata la proporzione di mamme che dichiarano di non aver assunto acido folico (38,5% il valore riferito alle africane) e appare meno frequente l'assunzione prima della gravidanza e per i 9 mesi successivi; l'assunzione solo durante la gravidanza e l'assunzione secondo le raccomandazioni appaiono invece più simili a quelle indicate dalle mamme italiane (Figura 4).

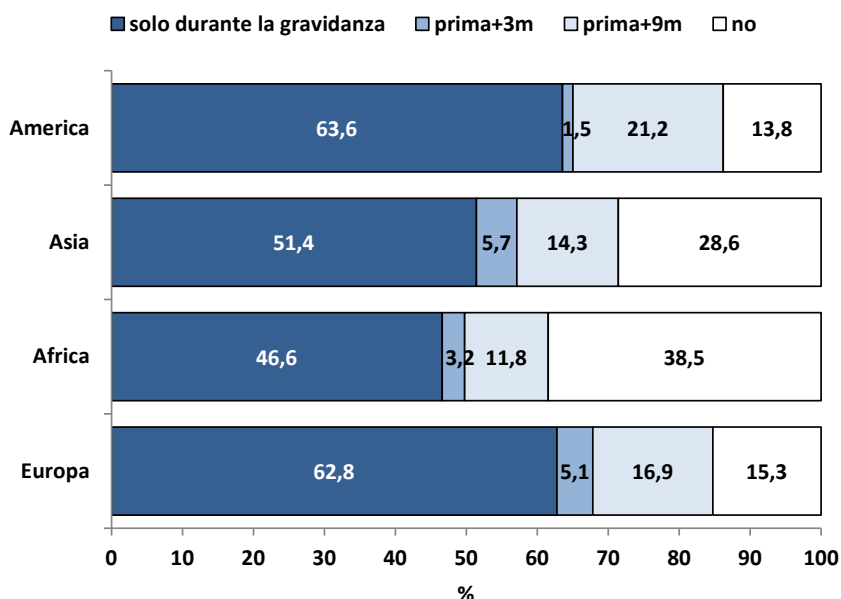


Figura 4 - Assunzione di acido folico in occasione della gravidanza (solo gravidanze programmate/non escluse) per area di provenienza della madre - Straniere

L'assunzione di acido folico da prima della gravidanza e durante è stata analizzata per le mamme italiane in tutti i Distretti in relazione ad alcune variabili socio-economiche come riportato in tabella 2. Si evidenzia una forte associazione dell'assunzione periconcezionale di acido folico con il livello di istruzione della madre potendo osservare ovunque una riduzione nelle percentuali che arriva fino a più di 26 punti (Milano) passando dal livello di istruzione alto e quello basso. Appare presente ma meno forte e dipendente dal singolo distretto l'associazione con lo stato occupazionale e con le difficoltà economiche.

Tabella 2 - Mamme (%) che hanno assunto acido folico prima e dopo la gravidanza per Distretto e caratteristiche socio-economiche (gravidanze programmate/non escluse) Italiane

Distretto	n. gravidanze programmate/ non escluse - italiane	Istruzione madre		Stato lavorativo madre		Difficoltà economiche familiari	
		Alta	Bassa	Occupata	Non occupata	No	Sì
Milano	946	48,4	21,8	46,5	40,2	51,3	33,5
Senigallia	519	31,9	20,0	32,8	19,2	30,5	31,1
Jesi	717	30,0	23,5	28,6	33,9	30,7	27,1
Fabriano	334	48,0	31,0	46,8	45,2	48,7	41,4
Ancona	879	31,0	22,0	29,8	30,5	31,5	27,6
SA Ds 66	810	36,7	23,8	37,0	30,6	36,1	34,0
SA Ds 68	749	33,5	19,9	32,4	25,6	33,9	26,2
Taranto	867	33,9	23,7	32,8	28,7	35,9	28,2
Brindisi	674	33,3	31,1	33,3	31,2	37,3	29,4
Ionio Nord	476	27,0	14,6	27,1	17,2	31,1	20,2
Soverato	482	42,0	18,0	39,4	35,5	40,2	35,5

Altre considerazioni

Le mamme di età più avanzata e primipare assumono acido folico nel periodo periconcezionale più frequentemente rispetto alle più giovani e alle pluripare. Il modello logistico per valutare le associazioni tra assunzione periconcezionale di acido folico e tutte le variabili considerate sopra (età della madre, parità, istruzione, occupazione, difficoltà economiche, cittadinanza), applicato ai dati complessivi di tutti i Distretti aggiustando per Distretto, conferma un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili tranne che per lo stato occupazionale. L'assunzione è risultata più frequente per le mamme di età più avanzata, primipare, più istruite, senza difficoltà economiche e di cittadinanza italiana.

Consumo di tabacco

Introduzione

Esiste una vasta letteratura scientifica che dimostra come il fumo materno durante la gravidanza così come l'esposizione del bambino a fumo passivo, causino lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali e post-natali (5-8). Fumare in gravidanza aumenta il rischio di basso peso alla nascita, prematurità, mortalità perinatale; costituisce una delle principali cause di morte improvvisa in culla (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS), aumenta l'incidenza di affezioni broncopolmonari, aumenta il rischio di deficit mentali e comportamentali.

Per i bambini esposti a fumo passivo vi sono evidenze di un rischio aumentato di malattie delle basse vie respiratorie e di episodi di asma. Generalmente le donne, in occasione di una gravidanza, tendono a modificare, anche se non sempre in modo

definitivo, comportamenti a rischio quali il consumo di tabacco (9). Il persistere del consumo di tabacco dopo la nascita del bambino non deve tuttavia essere una ragione di interruzione dell'allattamento, che priverebbe il bambino di importanti benefici.

Risultati

Alle mamme è stato chiesto se fossero fumatrici al momento dell'intervista o se lo fossero mai state in passato e se avessero fumato durante la gravidanza. È inoltre stato chiesto se fossero fumatrici prima del concepimento ma la domanda ha indotto in alcuni casi errori di interpretazione e non è stata quindi analizzata. Per quanto riguarda le mamme che sono o sono state fumatrici in passato, la prevalenza varia dal 22,8% (Soverato) al 40,2% (PD Ulss 16) (Figura 5). Tenzialmente le prevalenze sono più alte nei Distretti del centro e soprattutto del Nord e meno in quelli del Sud. Questa tendenza non si ripropone nella prevalenza di fumatrici durante la gravidanza. Questa infatti assume valori decisamente più bassi, intorno al 4-7% in tutti i distretti, al Nord come al Centro e al Sud; solo i Distretti SA Ds 66 e Fabriano mostrano prevalenze più elevate (11-12%).

Osservando il terzo indicatore, la prevalenza di fumatrici al momento dell'intervista, questo varia dal 9,1% (VE Ulss 13) al 20,6% (SA Ds 66) e tende ad assumere valori leggermente più elevati nei Distretti del Sud rispetto a quelli del centro-nord. Sarebbe quindi che l'occasione di una gravidanza abbia lo stesso effetto in tutti i Distretti e induca tutte le donne, in modo non differenziato, a correggere un atteggiamento poco salutare per il feto; mentre nei Distretti del Sud più frequentemente si riprende a fumare dopo la nascita del bambino.

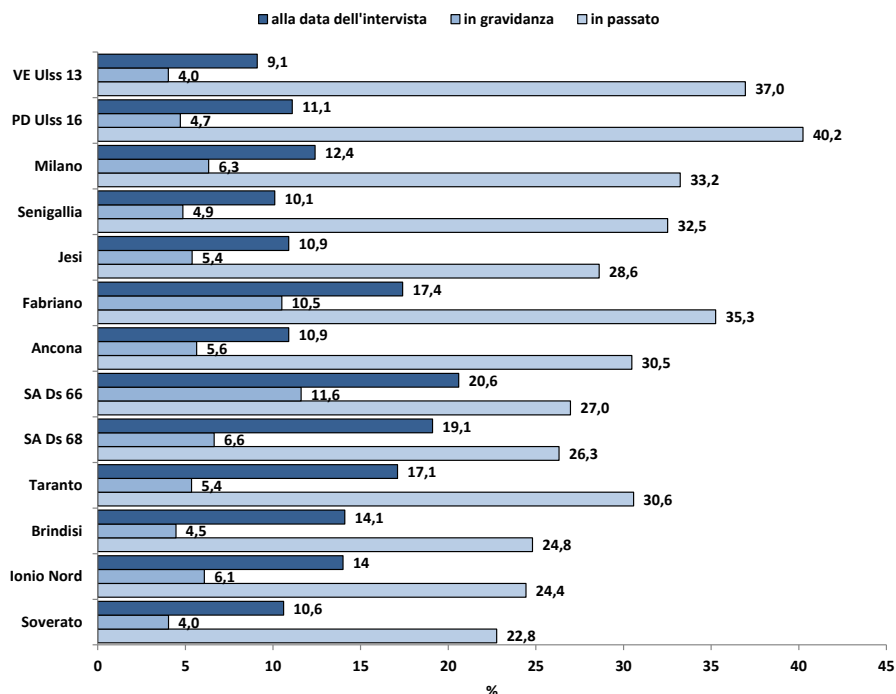


Figura 5 - Fumatrici (%) in passato (fumatrici o ex-fumatrici prima della gravidanza), durante la gravidanza e al momento dell'intervista

Tabella 3 - Mamme (%) fumatrici durante la gravidanza per Distretto e variabili socio-economiche

Distretto	N. mamme	Istruzione madre		Stato lavorativo madre		Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		Alta	Bassa	Occupata	Non occupata	No	Si	Ita.	Str.
VE Ulss 13	1215	3,4	7,3	3,6	6,1	2,1	8,3	4,0	3,7
PD Ulss 16	1275	3,7	9,1	3,7	7,1	3,3	6,3	4,8	4,2
Milano	1769	4,5	14,3	5,9	8,4	3,8	9,6	8,8	2,4
Senigallia	782	4,3	8,0	3,4	10,5	3,7	6,5	5,1	4,2
Jesi	1132	4,0	11,2	4,8	7,6	3,7	7,4	5,6	4,8
Fabriano	570	7,7	19,8	10,2	10,9	6,1	15,9	9,9	11,5
Ancona	1419	4,0	13,2	5,3	6,9	3,8	7,8	5,9	4,3
SA Ds 66	1183	8,2	31,3	8,7	18,4	7,4	16,5	12,0	7,4
SA Ds 68	1174	5,4	10,7	6,0	8,5	6,0	7,4	6,5	8,1
Taranto	1122	3,8	10,4	4,5	7,0	3,2	6,9	5,2	6,7
Brindisi	920	3,3	7,9	4,7	4,0	1,6	6,6	4,6	3,2
Ionio Nord	872	4,2	10,2	6,9	3,5	5,2	6,2	3,9	14,0
Soverato	792	3,4	6,3	3,8	4,6	3,2	4,7	3,2	6,6

In tutti i Distretti, le mamme che hanno dichiarato di aver fumato durante la gravidanza sono più frequentemente di istruzione bassa, non occupate (ad eccezione di Brindisi e Ionio Nord), hanno difficoltà economiche familiari (Tabella 3). Rispetto agli altri Distretti, SA Ds 66 mostra associazioni particolarmente accentuate. Per quanto riguarda la cittadinanza, l'associazione con il fumo in gravidanza risulta dipendente dal Distretto. In particolare, in 8 Distretti (di cui 6 del centro-nord) le prevalenze sono più basse per le straniere mentre sono più alte nei restanti 5 Distretti (di cui 4 del Sud). Riguardo alle straniere, occorre precisare che l'abitudine al fumo riguarda quasi esclusivamente le mamme provenienti dai paesi europei. Si tratta infatti di un comportamento in cui il dettato religioso esercita una importante influenza. Su un totale di 2669 mamme, 142 dichiarano di aver fumato durante la gravidanza di cui 122/1364, 6/474, 6/462, 8/366, provenienti rispettivamente da Europa, Africa, Asia, America.

Nei Distretti del Centro-Nord rispetto a quelli del Sud è maggiore la frequenza di entrambi i genitori non fumatori, dal 62,3% (Fabriano) al 68,8% (VE Ulss 13 e Ancona); il Distretto di Fabriano mostra una percentuale più elevata (11,4%) di genitori fumatori (Figura 6). Nei Distretti del Sud, la percentuale di genitori entrambi non fumatori è circa 55-59%. Si rileva una percentuale di genitori fumatori crescente passando dai Distretti della Calabria a quelli della Puglia e poi della Campania che mostrano i valori più elevati in assoluto (SA Ds 68:13,6%, SA Ds 66:14,0%).

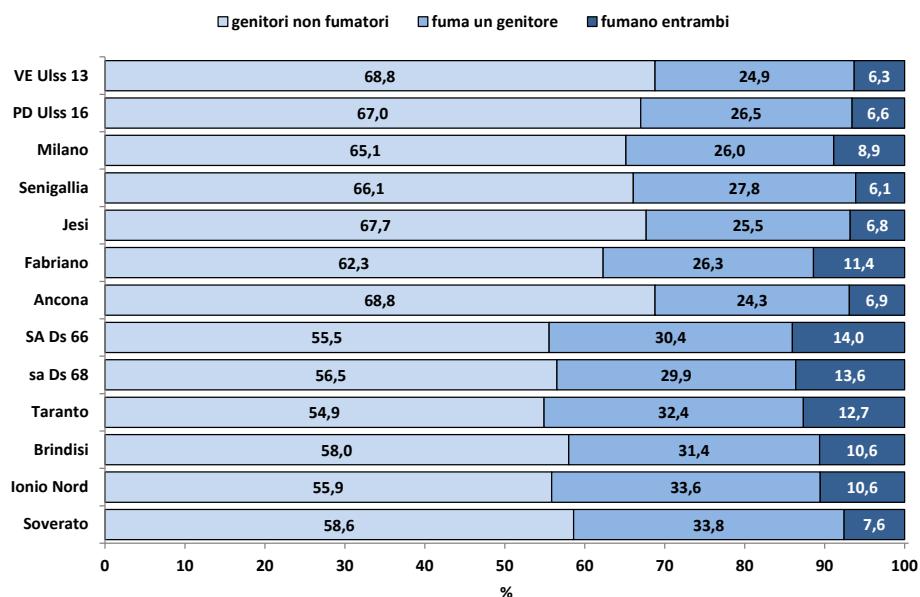


Figura 6 - Consumo di tabacco dei genitori al momento dell'intervista

Altre considerazioni

L'analisi multivariata applicata all'intero campione sul consumo di tabacco in gravidanza, ha evidenziato un effetto indipendente statisticamente significativo di età, istruzione, e cittadinanza della madre, e delle difficoltà economiche familiari mentre nessuna associazione si è evidenziata con lo stato occupazionale e la parità. In particolare, il fumo in gravidanza è risultato associato con: età della madre più avanzata, livello di istruzione basso, avere difficoltà economiche, avere la cittadinanza italiana. Le stime di associazione sono aggiustate anche per Distretto.

Consumo di bevande alcoliche

Introduzione

L'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento può provocare danni permanenti alla salute del bambino (FASD (spettro dei disordini feto-alcolici), aborto spontaneo, parto pretermine, basso peso alla nascita, malformazioni congenite, SIDS, difficoltà cognitive e relazionali) (10-11). L'alcol bevuto dalla mamma oltrepassa la barriera placentare ed è presente nel latte materno quindi se la mamma beve, il feto o il bambino allattato al seno beve con lei. L'embrione, il feto e il lattante non hanno la capacità di metabolizzare l'alcol, che agisce come sostanza tossica.

Per quanto non sia chiaro se esista una soglia di consumo di alcol per la mamma che allatta al seno, sotto la quale non si osservano effetti negativi sul bambino (12), viene raccomandato alle donne già da quando programmano una gravidanza e finché allattano al seno, di non assumere alcol neanche in modiche quantità (13). Se la mamma assume una modica quantità di alcol, è consigliato distanziare la poppata di almeno 2 ore.

Risultati

Il consumo di bevande alcoliche con una periodicità di almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza è stato riportato da una quota rilevante di mamme variabile dal 18,3% (Fabriano) al 28,6% nei Distretti del Centro-Nord e dal 9,9% al 15,0% nei Distretti del Sud (Figura 7).

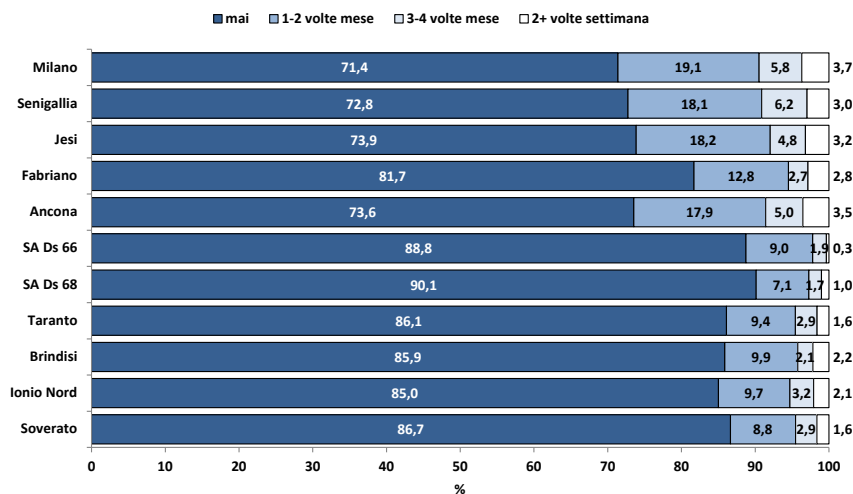


Figura 7 - Consumo di bevande alcoliche durante la gravidanza

Inoltre, il *binge drinking* (consumo elevato di alcol) in gravidanza, qui inteso come il consumo di 4 o più unità di bevande alcoliche (bicchiere di vino, o lattina di birra o aperitivo o bicchierino di liquore) in un'unica occasione, è stato riportato con una periodicità di almeno una volta al mese da circa il 3-6% delle mamme senza particolari differenze tra Distretti del Nord, Centro e Sud.

Rispetto al consumo di alcol durante la gravidanza, quello riferito ai 30 giorni precedenti l'intervista per le mamme allattanti al seno è riportato con percentuali maggiori in tutti i Distretti (Figura 8).

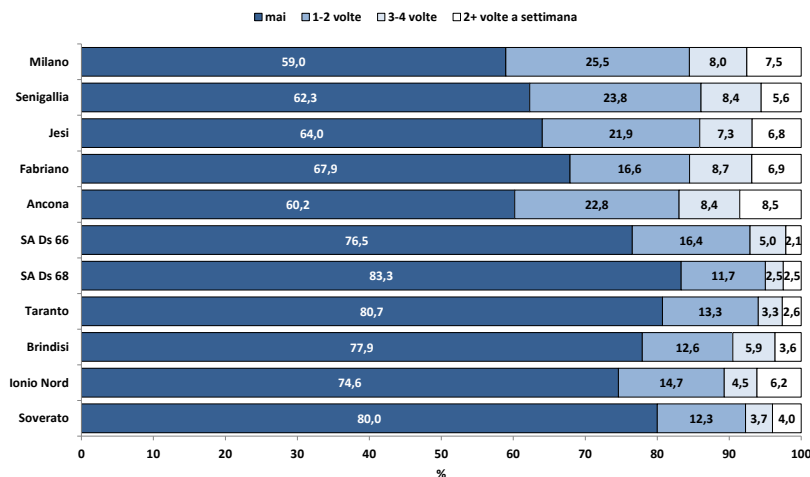


Figura 8 - Consumo di bevande alcoliche nel corso dei 30 giorni precedenti l'intervista - mamme che allattano al seno

Si confermano i Distretti del Centro-Nord come quelli con un consumo di alcol maggiore anche per le categorie di periodicità più frequente come la categoria “2+ volte a settimana” che interessa il 6-9% delle mamme dei Distretti del Centro-Nord e il 2-6% delle mamme dei Distretti del Sud.

Almeno un episodio di binge drinking durante il mese precedente l'intervista tra le mamme che allattano, è stato riportato in percentuali variabili dal 4% (Senigallia) all'8% (Brindisi) ad eccezione del Distretto SA Ds 66 che riporta un valore esterno a questo intervallo, 12%.

In tutti i Distretti, il consumo di alcol in gravidanza risulta più frequente tra le mamme più istruite e tra le mamme occupate (con l'eccezione di Brindisi); le differenze nelle prevalenze di consumo per livello di istruzione e per stato occupazionale risultano molto più accentuate nei Distretti del Centro Nord (Tabella 4).

In tutti i Distretti del Centro-Nord (con l'eccezione di Senigallia), le mamme che non hanno difficoltà economiche familiari, tendono a consumare alcol in misura maggiore rispetto a chi riporta di averle; nei Distretti del Sud l'associazione sembra essere molto meno definita con differenze positive o negative che non superano i 2 punti percentuali. Nei Distretti del Centro-Nord le mamme straniere riportano il consumo di alcol in gravidanza con frequenze decisamente più basse rispetto alle italiane; mentre nei Distretti del Sud lo riportano con frequenze tendenzialmente più elevate (ad eccezione di Brindisi e Soverato). Complessivamente, il consumo di alcol in gravidanza tra le straniere è riportato dal 24% delle mamme Americane, il 18% delle Europee, il 7% delle Asiatiche e il 5% delle Africane.

Tabella 4 - Mamme (%) che riportano di aver consumato alcol durante la gravidanza con periodicità di almeno una volta al mese per Distretto e variabili socio-economiche

Distretto	N. mamme	Istruzione madre		Stato lavorativo madre		Difficoltà econo. fam.		Cittadinanza	
		Alta	Bassa	Occupata	Non occupata	No	Sì	Ita.	Str.
Milano	1769	31,3	17,2	31,1	17,7	33,6	22,9	35,1	18,4
Senigallia	782	29,7	14,4	28,7	21,3	26,9	27,3	30,6	13,1
Jesi	1132	29,0	14,4	28,8	16,0	29,7	21,9	30,1	11,7
Fabriano	570	20,4	11,3	22,4	8,6	19,9	16,6	23,2	7,6
Ancona	1419	28,2	18,7	29,9	15,1	28,3	24,8	29,7	15,7
SA Ds 66	1183	11,8	8,5	11,2	11,1	11,6	10,8	10,8	16,1
SA Ds 68	1174	11,0	6,1	10,9	6,9	10,4	9,1	9,6	12,2
Taranto	1122	14,2	13,0	14,3	13,2	12,7	14,8	13,9	16,7
Brindisi	920	14,6	12,7	13,6	15,6	15,3	13,3	14,7	4,8
Ionio Nord	872	15,3	14,7	16,6	10,9	15,1	15,3	14,2	18,0
Soverato	792	15,0	6,8	14,4	11,7	14,9	12,5	13,5	9,8

Altre considerazioni

L'analisi multivariata conferma che il consumo di alcol in gravidanza è associato positivamente con: livello di istruzione alto, essere occupate, avere la cittadinanza

italiana, avere un'età più avanzata, aver partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita; nessuna associazione è stata rilevata con le difficoltà economiche familiari e con la parità. Le stime di associazione sono aggiustate anche per Distretto. Il consumo di alcol in gravidanza sembra essere l'unico fattore di rischio, tra quelli esaminati, che riguarda in misura maggiore le mamme di livello socio-culturale più elevato; questa considerazione però, non è più valida se l'outcome analizzato è il binge drinking. Si evidenzia, come nel caso del fumo, il valore protettivo delle culture di origine.

Allattamento al seno

Introduzione

L'allattamento al seno è considerato universalmente la norma per l'alimentazione del neonato (14). Evidenze degli effetti benefici dell'allattamento al seno sia per la mamma che per il bambino ed il suo sviluppo psicofisico sono ampiamente documentate (15-16). 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 dalla mamma e dal bambino (17-18). La relativa bassa adesione a tali raccomandazioni (19) ribadisce l'importanza di un'azione **continua di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno** come indicato nelle politiche nazionali (20-21).

Risultati

Le informazioni sull'alimentazione del bambino sono state raccolte e analizzate, come indicato dall'OMS, sulla base di un set di domande relative alle 24 ore precedenti l'intervista (22). La differente distribuzione per mese di età dei bambini reclutati in ciascun Distretto, può influenzare il valore assunto da indicatori che sono fortemente **dipendenti dal singolo mese di età, come l'allattamento e l'allattamento esclusivo al seno**, pertanto, in questi casi viene riportato anche un confronto tra prevalenze grezze e prevalenze standardizzate per età.

I risultati della sorveglianza evidenziano una quota di bambini 0-2 anni mai attaccata al seno abbastanza rilevante. Nei Distretti del Centro-Nord la quota varia dal 6,1% (Jesi) a 9,2% (Milano) mentre in quelli del Sud varia da 8,7% (Soverato) a 20,6% (Brindisi).

La tipologia di allattamento al seno relativa a bambini di 4-5 mesi di età compiuta (fascia di età suggerita dall'OMS per una stima approssimata dell'allattamento esclusivo al seno fino a 6 mesi (23)), risulta molto variabile tra i vari Distretti anche della stessa regione (Figura 9).

La proporzione di mamme che allattano in modo esclusivo al seno varia da 5,2% (Ionio Nord) a 39,0% (Jesi). Appare inoltre particolarmente elevata la quota di mamme che non allattano al seno in particolare nei Distretti del Sud. Quando si effettua una **standardizzazione della prevalenza di allattamento esclusivo al seno per mese di età del bambino**, a fronte di piccole variazioni per gli altri Distretti, si osserva per il Distretto VE Ulss 13 della regione Veneto un ridimensionamento (valore grezzo: 25,3%, valore aggiustato: 18,0%) che annulla la differenza con il Distretto PD Ulss 16 della stessa regione (valore grezzo: 18,4%, valore aggiustato: 18,8%).

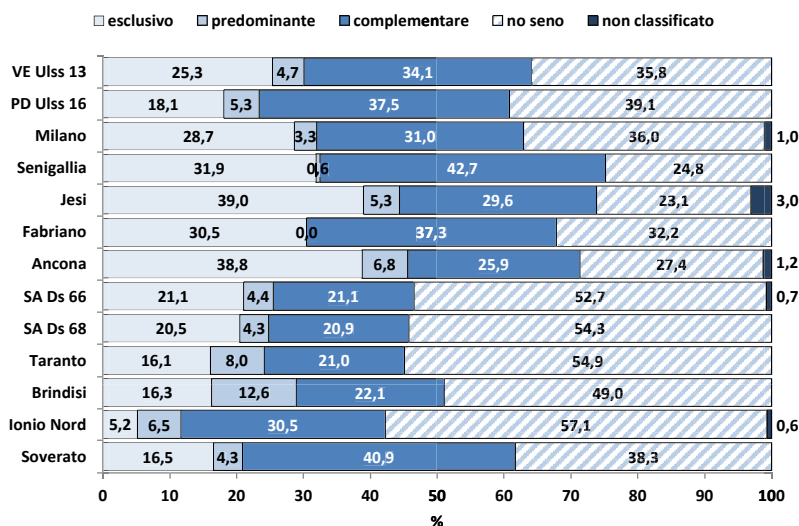


Figura 9 - Tipologia di allattamento (bambini 4-5 mesi compiuti)

La prevalenza di allattamento al seno tra i bambini di 12-15 mesi di età compiuta, varia dal 13,6% (SA Ds 66) al 40,3% (Ancona) (Figura 10). Tendenzialmente quindi le differenze riscontrate a 4-5 mesi, con prevalenze di allattamento al seno più elevate nei Distretti del Centro Nord e meno in quelli del Sud (con l'eccezione di Soverato), vengono confermate solo in parte a 12-15 mesi di età. In particolare, si rilevano prevalenze basse per i due Distretti del Veneto, indicando una minore propensione al prolungamento dell'allattamento al seno oltre i 12 mesi di vita del bambino rispetto agli altri Distretti. Non si rilevano differenze rilevanti nelle prevalenze standardizzate.

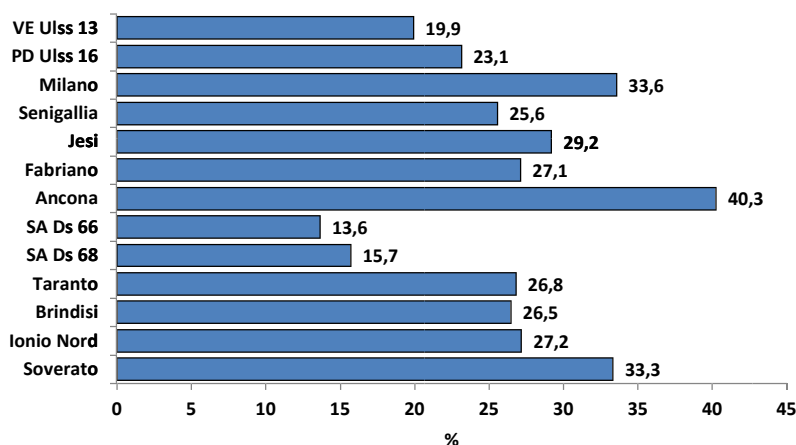


Figura 10 - Bambini allattati al seno (12-15 mesi compiuti)

L'effetto della diversa distribuzione per mese di età dei bambini nei vari Distretti, si può evidenziare confrontando le prevalenze grezze e standardizzate di allattamento esclusivo al seno tra i bambini di età inferiore ai 6 mesi (popolazione standard: campione totale) (Tabella 5).

Tabella 5 - Prevalenza grezza e standardizzata di allattamento esclusivo al seno (bambini <6 mesi)

Distretto	N. bambini <6 mesi di età	Prevalenza grezza di AES*	Prevalenza standardizzata di AES* (IC95%)
VE Ulss 13	580	35,0	29,6 (24,2-35,0)
PD Ulss 16	585	29,6	31,6 (27,8-35,3)
Milano	841	39,7	40,9 (37,5-44,3)
Senigallia	369	39,6	39,8 (34,7-44,9)
Jesi	569	49,6	48,8 (44,7-52,9)
Fabriano	260	40,4	38,9 (31,9-46,0)
Ancona	690	47,5	47,8 (44,1-51,5)
SA Ds 66	563	28,4	26,8 (22,6-31,0)
SA Ds 68	542	25,6	24,5 (19,9-29,1)
Taranto	519	23,5	24,7 (20,7-28,8)
Brindisi	447	24,6	26,9 (21,8-32,0)
Ionio Nord	454	23,6	19,6 (12,7-26,6)
Soverato	370	33,2	30,2 (25,6-34,7)

*AES: Allattamento Esclusivo al Seno

La standardizzazione ha l'effetto soprattutto di ridurre (e invertire) la differenza nelle prevalenze tra i Distretti del Veneto, e di abbassare le prevalenze nei Distretti della Calabria con il Distretto Ionio Nord che rimane da solo ad assumere la prevalenza più bassa in assoluto. Nella tabella 6 viene riportata la percentuale di bambini di età inferiore ai 6 mesi allattati esclusivamente al seno per Distretto e per caratteristiche socio-economiche. In tutti i Distretti risultano allattati esclusivamente al seno con maggiore frequenza i bambini di mamme più istruite, occupate (ad eccezione di Ionio Nord), e che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita (ad eccezione di VE Ulss 13).

Le associazioni con le difficoltà economiche e con la cittadinanza risultano invece dipendenti dal singolo Distretto. Rispetto alla cittadinanza, si sottolinea come l'area di provenienza delle mamme influenzi l'allattamento esclusivo al seno, infatti, complessivamente, tra le mamme straniere, l'allattamento esclusivo al seno è riportato dal 40% delle Americane, il 39% delle Europee, il 33% delle Africane e il 29% delle Asiatiche. Inoltre, se consideriamo l'allattamento esclusivo al seno secondo l'abitudine al fumo delle mamme, possiamo osservare come tra le mamme fumatrici sia confermata in tutti i distretti la minore percentuale di bambini allattati al seno (per quanto questa analisi si basi su una numerosità campionaria bassa delle mamme fumatrici, variabile da 19 casi a Senigallia a 102 casi a SA Ds 66). L'associazione rilevata indica l'importanza di ribadire che i benefici dell'allattamento al seno sono comunque maggiori dei rischi dovuti al fumo in allattamento, quindi anche le donne che non rinunciano a questa abitudine devono essere informate che possono allattare al seno, nel rispetto di alcune regole.

Tabella 6 - Bambini (%) allattati in modo esclusivo al seno per Distretto e variabili socio-economiche (bambini <6 mesi)

Distretto	Istruzione madre		Madre lavoratrice		Difficoltà econom. familiari		Cittad. madre		Partecip. CAN		Abitudine al fumo	
	Alta	Bassa	Sì	No	No	Sì	IT	ST	Sì	No	Sì	No
VE Ulss 13	36,7	26,7	36,9	24,7	36,3	30,9	35,2	34,4	34,5	35,7	14,0	36,5
PD Ulss 16	29,8	28,3	31,2	25,3	28,7	30,5	28,5	32,7	31,6	27,0	17,8	31,0
Milano	42,5	28,2	40,7	33,6	42,2	36,7	40,9	38,4	44,8	32,1	19,1	42,4
Senigallia	41,6	30,4	41,0	35,9	42,9	35,8	40,5	41,0	43,4	32,4	10,5	41,5
Jesi	52,7	36,8	53,4	37,2	57,8	40,2	53,4	32,4	54,5	39,3	23,3	51,6
Fabriano	42,7	32,7	41,1	39,2	42,5	37,9	38,9	44,9	47,1	32,0	15,6	44,1
Ancona	49,7	37,2	48,6	43,6	53,1	40,7	48,2	46,7	51,2	42,3	15,1	50,2
SA Ds 66	28,8	26,4	28,0	29,7	31,1	24,8	27,7	36,4	35,2	25,5	14,7	31,5
SA Ds 68	27,5	19,9	26,5	22,6	27,4	23,3	25,3	28,4	39,1	22,3	5,9	29,4
Taranto	27,9	10,6	24,7	20,9	22,2	24,4	23,5	27,3	32,4	18,8	2,2	28,1
Brindisi	26,4	20,0	25,5	23,3	24,5	25,1	23,8	34,5	33,8	21,0	5,0	27,9
Ionio Nord	24,5	21,2	21,3	30,0	22,2	24,5	20,4	34,0	31,4	21,0	8,5	25,8
Soverato	36,0	24,7	35,3	31,5	33,8	33,2	34,9	27,8	41,4	28,0	15,4	35,5

Altre considerazioni

Il modello logistico applicato al campione totale di bambini di età inferiore ai 6 mesi ha indicato una associazione positiva statisticamente significativa tra allattamento esclusivo al seno e livello di istruzione alto della madre, assenza di difficoltà economiche familiari, cittadinanza straniera, l'essere pluripara e aver partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita. Non si è evidenziata alcuna associazione significativa con l'età della madre e con lo stato occupazionale. Le stime di associazione sono aggiustate anche per Distretto.

Posizione in culla

Introduzione

Stime recenti indicano come la SIDS si manifesti con una incidenza di circa 0,2 casi ogni 1000 nati vivi, in netto declino rispetto a qualche anno fa, pur continuando a rappresentare una delle principali cause di morte post neo-natale (24-25). Anche se molto studiata, l'eziopatogenesi delle morti in culla è ancora sconosciuta. Tuttavia la ricerca scientifica ha identificato interventi semplici e di provata efficacia nel ridurre il rischio di SIDS: la posizione supina nel sonno, l'astensione dal fumo da parte dei genitori (26-27), l'allattamento esclusivo al seno. Va curato anche l'ambiente in cui il bambino dorme, mai eccessivamente caldo, e va evitato di far dormire il bambino su superfici troppo soffici e di coprirlo troppo. L'uso del succhiotto può avere un effetto protettivo dopo il mese di vita seguendo opportune precauzioni.

Circa il 50-90% dei casi di morte per SIDS possono essere evitati grazie al corretto

posizionamento dei bambini durante il sonno, cioè a pancia in su. La difficoltà nel far assumere questo semplice comportamento deriva da diversi fattori tra i quali il timore ancora diffuso ma non supportato da evidenze, che tale posizione faciliti il soffocamento provocato dal rigurgito del latte o che possa determinare malformazioni. Inoltre, fino a solo pochi anni fa, non vi erano ancora studi che indicassero il rischio aumentato per la posizione laterale quindi veniva raccomandato di posizionare il bambino indifferentemente a pancia in su o di lato. Dall'analisi sono stati esclusi i bambini di 8 o più mesi in quanto ormai in grado di muoversi autonomamente nella culla.

Risultati

Secondo i risultati della sorveglianza, in tutti i Distretti con l'eccezione del Distretto Ionio Nord, la maggioranza delle mamme mette a dormire il bambino in posizione corretta, cioè a pancia in su, per quanto le prevalenze risultino relativamente basse e variabili dal 38,6% (Ionio Nord) al 79,1% (Soverato) (Figura 11). Molto frequentemente viene preferita la posizione di lato (10,3%-48,5%) mentre una percentuale più bassa, variabile dal 2,2% (Ionio Nord) al 13,8% (PD Ulss 16) preferisce la posizione a pancia in giù. Una grande variabilità si riscontra anche tra Distretti appartenenti alla stessa Regione.

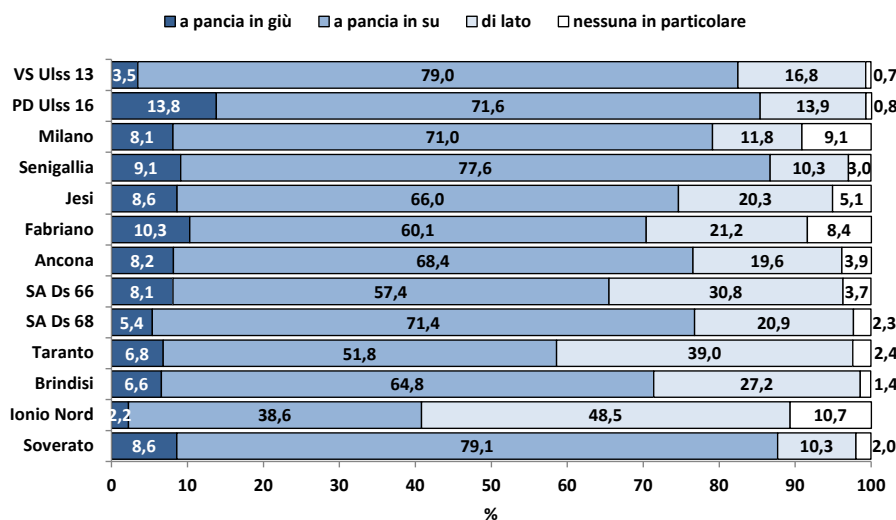


Figura 11 - Posizione in culla (bambini <8 mesi)

La corretta posizione in culla appare associata con tutte le variabili socio-economiche considerate (Tabella 7). La % di bambini posizionati in modo corretto è in tutti i Distretti sempre più bassa quando il livello di istruzione della madre è basso, quando vengono riferite difficoltà economiche ad arrivare a fine mese (tranne Soverato), per le mamme in condizione non lavorativa (tranne Taranto e Soverato) e per le mamme di cittadinanza straniera (tranne Ionio Nord e Soverato). Complessivamente tra le mamme straniere, la posizione corretta in culla è riportata dal 66% delle Europee, il 62% delle Asiatiche, il 58% delle Americane e il 45% delle Africane. La capacità discriminativa delle variabili socio-economiche considerate risulta quindi abbastanza netta per quanto in alcuni Distretti del Sud non sia sempre così chiara.

Tabella 7 - Bambini (%) posizionati in modo corretto in culla per Distretto e variabili socio-economiche (bambini <8 mesi)

Distretto	N.Bam- bini <8 mesi	Istruzione madre		Stato lavorativo madre		Difficoltà econ. fam.		Cittadinanza madre	
		Alta	Bassa	Occup.	Non occ.	No	Sì	IT	ST
VE Ulss 13	586	80,5	72,0	80,7	70,0	82,3	71,3	81,3	68,8
PD Ulss 16	650	72,5	66,7	73,7	66,5	73,6	67,7	73,7	65,0
Milano	902	73,2	62,7	72,6	63,6	74,4	66,7	74,2	65,6
Senigallia	412	79,9	64,5	78,3	75,0	81,0	72,5	81,7	65,8
Jesi	594	69,0	53,6	68,3	58,0	70,5	61,0	69,5	50,9
Fabriano	283	63,8	46,3	61,6	56,0	64,2	53,7	65,1	48,7
Ancona	733	71,0	55,2	70,4	60,1	75,6	59,3	70,9	61,2
SA Ds 66	596	60,0	43,8	60,0	51,4	61,8	51,6	57,4	53,1
SA Ds 68	569	72,3	69,2	73,4	65,2	74,8	66,9	72,6	64,3
Taranto	593	54,2	44,6	50,9	53,7	52,2	51,5	52,0	50,0
Brindisi	505	67,3	58,6	65,4	62,8	69,6	61,3	65,1	58,8
Ionio Nord	495	44,3	26,6	40,9	33,1	42,5	36,7	38,5	38,8
Soverato	414	79,9	75,3	77,3	81,3	75,7	81,4	79,1	79,7

In tutti i Distretti la prevalenza di mamme che posizionano il bambino in culla in modo corretto appare più elevata se la madre ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita (CAN) (Figura 12) rispetto alle mamme che non hanno mai partecipato ad un CAN. Sottolineiamo questo dato per mettere in evidenza, dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi assistenziali, l'importanza dei corsi di accompagnamento alla nascita nel fornire informazioni corrette alle mamme in una ottica di empowerment.

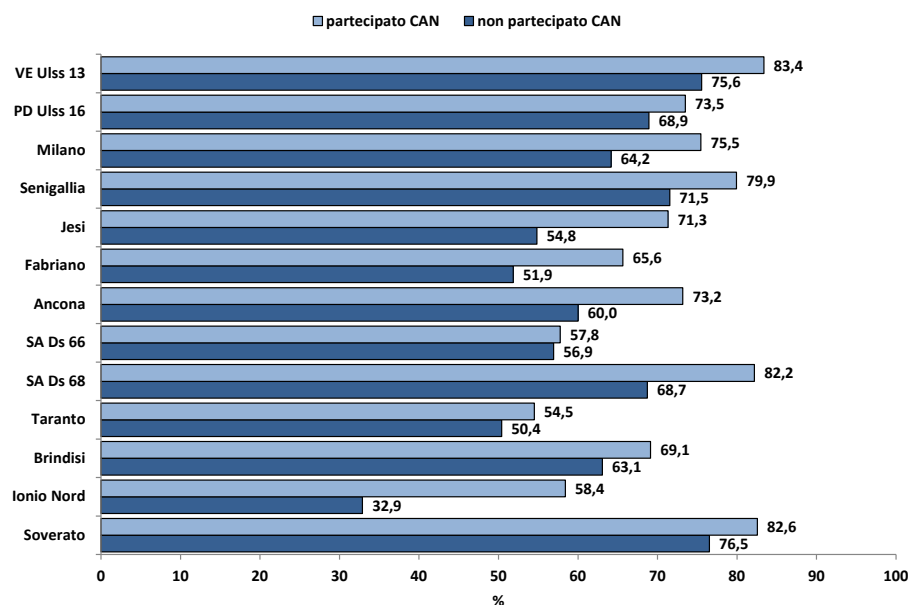


Figura 12 - Posizione corretta in culla per partecipazione ai CAN - bambini <8 mesi

Altre considerazioni

Inoltre, i dati hanno mostrato che le mamme che posizionano il bambino in posizione corretta sono più frequentemente di età più avanzata e primipare. Il modello logistico per valutare le associazioni tra posizionamento corretto in culla del bambino e tutte le variabili considerate sopra (età della madre, parità, istruzione, occupazione, difficoltà economiche, cittadinanza e partecipazione ai CAN), applicato ai dati complessivi di tutti i Distretti aggiustando per Distretto, conferma un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili tranne che per la cittadinanza e lo stato occupazionale. Il posizionamento corretto è risultato più frequente per le mamme di età più avanzata, primipare, più istruite, senza difficoltà economiche, e per le mamme che hanno partecipato ad un CAN.

Lettura

Introduzione

Leggere regolarmente un libro al bambino già dai primi mesi di età ha molti effetti positivi, come evidenziato da una vasta letteratura scientifica (28-29). In particolare, migliora le capacità cognitive del bambino sviluppando precocemente la comprensione del linguaggio e la capacità di lettura; ha un effetto positivo essendo una importante opportunità di relazione genitore/bambino; ha un effetto protettivo rispetto alla dislessia. Inoltre, si è osservato come l'abitudine a leggere da piccoli si sedimenti e tenda a protrarsi nelle età successive. Per tali motivi, in anni recenti, similmente a progetti portati avanti in altri paesi come gli USA (30) e Inghilterra (31), sul territorio nazionale si è diffuso il progetto denominato "Nati per Leggere" (28) che si pone come obiettivo la promozione della lettura in famiglia sin dalla nascita.

Risultati

Alla domanda su quanti giorni della settimana precedente l'indagine, al bambino era stato letto almeno un libro, dal 27,6% (Fabriano) al 66,8% (Ionio Nord) delle mamme di bambini di almeno 6 mesi di età hanno risposto "mai" (Figura 13). I bambini a cui è stato letto almeno un libro tutti i giorni della settimana variano invece dall'8,2% (Ionio Nord) al 27,3% (Milano). I dati della sorveglianza sembrano indicare quindi un'abitudine alla lettura ancora poco diffusa. Se si analizzano i dati riferendoli ai bambini più grandi la situazione tende a migliorare ma di poco. Ad esempio se limitiamo l'analisi ai bambini di età superiore ad un anno, la percentuale di bambini a cui non è mai stato letto un libro tendenzialmente si riduce e risulta variabile dal 24,7% (Fabriano) al 61,3% (Ionio Nord) mentre la percentuale di bambini a cui è stato letto un libro tutti i giorni della settimana aumenta leggermente e varia dal 9,9% (Ionio Nord) al 30,2% (Milano).

L'abitudine di leggere libri al proprio bambino è un determinante di salute fortemente dipendente dalle caratteristiche socioeconomiche della madre (Tabella 8). Più delle altre, risulta netta la capacità discriminatoria del livello di istruzione della madre che, in 8 Distretti su 11, mostra una riduzione delle percentuali variabile tra 19 e 30 punti passando dal livello di istruzione alto a quello basso.

L'analisi complessiva delle mamme straniere mostra come, nella settimana precedente l'indagine, abbiano letto almeno un libro al proprio bambino il 59% delle Americane, il 54% delle Europee, il 40% delle Asiatiche e il 35% delle Africane.

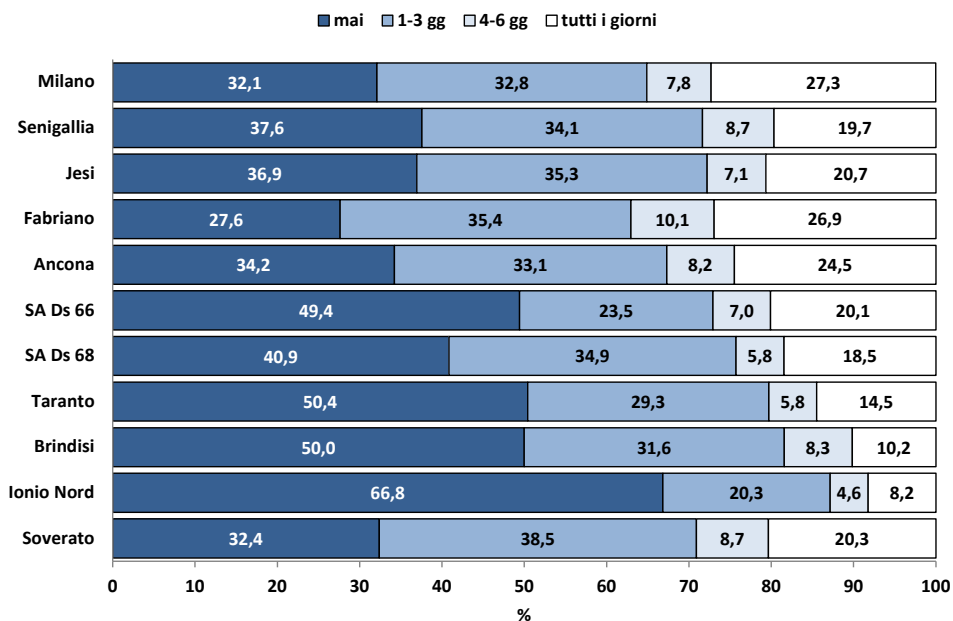


Figura 13 - Giorni della settimana in cui al bambino è stato letto almeno un libro (bambini ≥ 6 mesi)

Tabella 8 - Bambini (%) a cui è stato letto almeno un libro nell'ultima settimana per Distretto e variabili socio-economiche (bambini ≥ 6 mesi)

Distretto	N.Bam- bini >6 mesi	Istruzione madre		Stato lavorativo madre		Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza madre	
		Alta	Bassa	Occup.	Non occup.	No	Sì	IT	ST
Milano	906	72,4	49,1	70,8	57,2	74,5	60,0	75,9	54,8
Senigallia	408	66,7	40,0	65,0	51,9	63,0	61,2	66,5	50,0
Jesi	551	67,0	47,7	64,9	56,1	69,5	55,5	68,1	47,1
Fabriano	301	75,1	63,2	77,8	59,1	76,5	67,7	77,3	59,6
Ancona	725	71,6	41,9	71,2	50,3	73,1	58,8	72,6	48,5
SA Ds 66	619	54,3	28,1	55,7	39,5	53,2	47,9	51,1	43,2
SA Ds 68	634	60,7	53,7	59,7	57,8	64,8	52,9	60,9	39,3
Taranto	602	54,1	34,6	55,6	38,4	57,7	43,4	49,3	57,9
Brindisi	473	52,2	42,7	53,0	43,7	52,9	47,9	50,7	37,5
Ionio Nord	414	39,1	20,3	37,6	24,8	43,3	27,4	34,7	28,4
Soverato	424	72,9	48,9	68,6	66,3	73,9	63,3	70,0	51,5

L'abitudine a leggere libri al bambino piccolo dipende molto da quella che possiamo definire la propensione della madre alla lettura (Figura 14). In questo caso le mamme sono state classificate come lettrici o non lettrici a seconda che abbiano dichiarato di aver letto o no almeno un libro per motivi non strettamente scolastici o professionali, nel corso dei precedenti 12 mesi. La stessa analisi condotta considerando le mamme di bambini di età superiore a 9 mesi per evitare che per alcune mamme, in modo differenziato, fosse incluso nel periodo di valutazione anche quello della gravidanza che in termini di tempo da poter dedicare alla lettura può essere molto diverso rispetto a quando c'è un neonato di cui occuparsi, ha prodotto risultati simili.

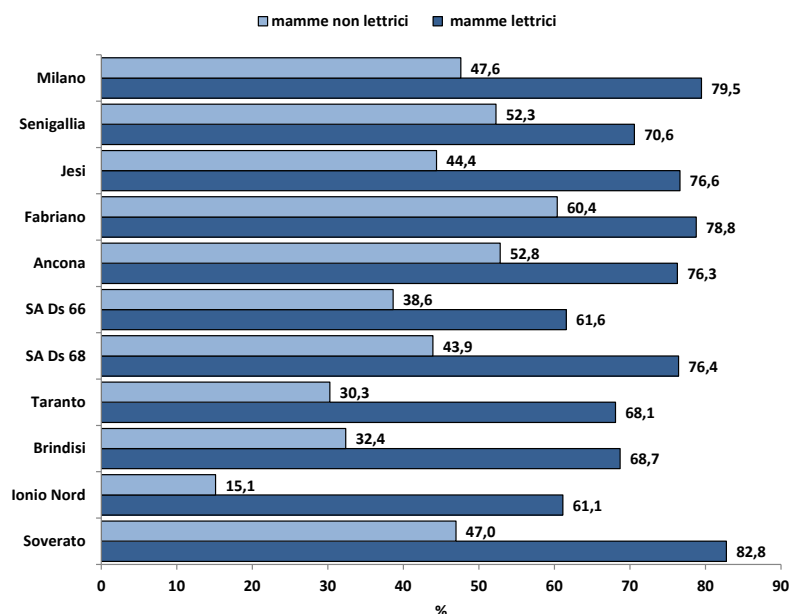


Figura 14 - Bambini a cui è stato letto almeno un libro nell'ultima settimana per propensione lettura mamme (bambini ≥6 mesi)

Altre considerazioni

Il modello logistico applicato ai dati complessivi per valutare l'effetto indipendente dei fattori potenzialmente associati con la lettura di libri al bambino (età della madre, parità, istruzione, occupazione, difficoltà economiche, cittadinanza e propensione alla lettura della madre), aggiustando anche per Distretto, ha confermato che le mamme che espongono più frequentemente il bambino alla lettura in modo statisticamente significativo sono lettrici esse stesse, sono più istruite, occupate, di età più avanzata, e non hanno difficoltà economiche.

Vaccinazioni

Introduzione

Con le vaccinazioni oggi è possibile tenere sotto controllo tante malattie infettive che possono determinare complicanze molto pericolose. Effettuare le vaccinazioni

obbligatorie e raccomandate significa proteggere i bambini da tali rischi (32). I vaccini sono costantemente sottoposti a iter di valutazione prima di essere messi in commercio e sono oggetto di sorveglianza di eventuali effetti collaterali. Le possibili complicanze delle malattie che si prevencono con la vaccinazione, sono decisamente più gravi rispetto ai possibili effetti collaterali delle vaccinazioni che sono comunque di minore entità e poco frequenti (33). Ciò nonostante, negli ultimi anni sembra essersi diffuso un timore sulla sicurezza dei vaccini che potrebbe determinare un pericoloso abbassamento delle coperture vaccinali specialmente in un contesto dove l'offerta di vaccini si fa sempre più intensiva e diversificata (34-36). Tale fenomeno può essere controllato con la diffusione di una corretta informazione ed educazione sanitaria basata sulle evidenze e con la definizione e la gestione di chiare strategie vaccinali.

Risultati

Relativamente alla effettuazione delle vaccinazioni raccomandate, alle mamme reclutate dalla sorveglianza sono state richieste informazioni sia sulla pratica, se cioè al bambino fossero state fatte tutte le vaccinazioni raccomandate, che sulle intenzioni future. In 7 dei 13 Distretti, la quasi totalità delle mamme di bambini di almeno 1 anno ($\geq 95\%$) dichiara di aver effettuato tutte le vaccinazioni raccomandate mentre le coperture più basse (77-86%) si rilevano in 4 Distretti del Sud (SA Ds 66, Taranto, Brindisi e Ionio Nord) (Figura 15).

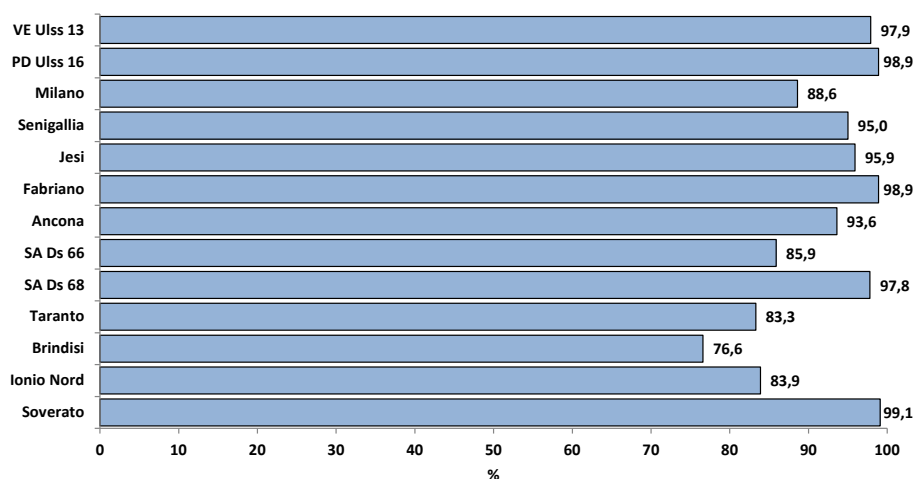


Figura 15 - Mamme che dichiarano di aver effettuato tutte le vaccinazioni raccomandate (bambini ≥ 12 mesi)

Per quanto riguarda le intenzioni future, la maggioranza delle mamme di bambini 0-2 anni, seppure con un'ampia variabilità dal 67,7% (Ionio Nord) all'88,6% (VE Ulss 13) dichiara di voler effettuare tutte le vaccinazioni (Figura 16). Di particolare interesse risulta la quota di mamme indecise, dal 3,1% al 19,2% in quanto interpretabile come diretta espressione di timori e di un fabbisogno informativo cui le istituzioni sono chiamate a dare risposta.

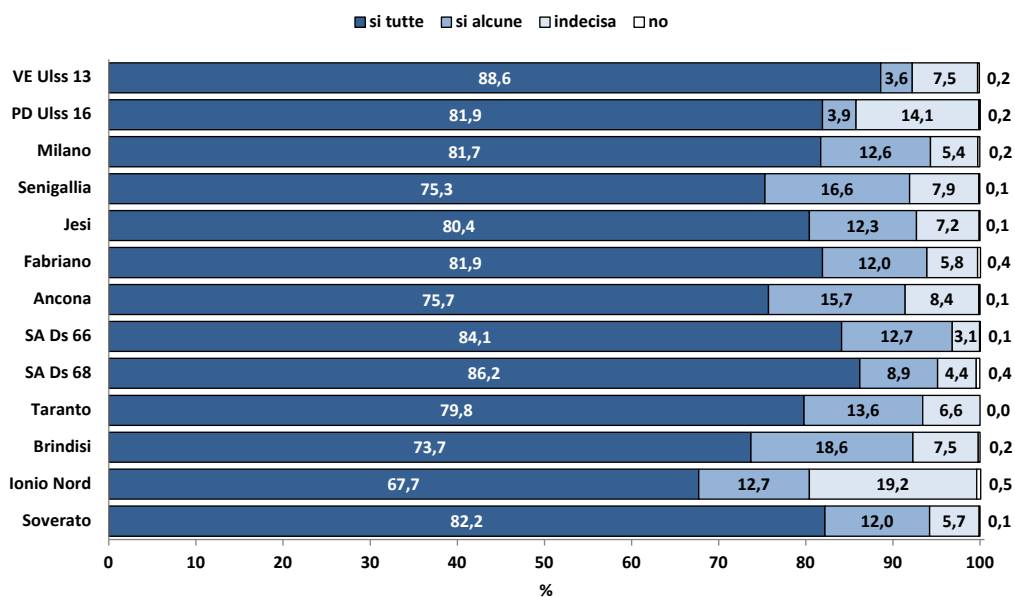


Figura 16 - Intenzione vaccinazioni future

Tendenzialmente le mamme che dichiarano di voler effettuare tutte le vaccinazioni sono le più istruite, fanno eccezione i Distretti PD Ulss 16, Taranto e Ionio Nord; riguardo alla condizione lavorativa, nei Distretti del centro e del nord, percentuali leggermente più elevate si riferiscono alle mamme non occupate mentre nei Distretti del Sud (eccetto la Calabria) si riferiscono alle mamme occupate (Tabella 9).

Tabella 9 - Mamme (%) che dichiarano di voler effettuare in futuro tutte le vaccinazioni per Distretto e variabili socio-economiche

Distretto	N. mamme	Istruzione madre		Stato lavor. madre		Difficoltà econ. fam.		Cittad. madre		Partec. CAN	
		Alta	Bas.	Occ.	Non occ.	No	Sì	IT	ST	Sì	No
VE Ulss 13	1220	93,2	87,7	87,7	92,6	88,7	90,4	87,2	94,1	87,2	90,2
PD Ulss 16	1293	81,7	81,9	81,4	82,9	80,8	84,5	79,6	88,3	76,5	88,4
Milano	1775	85,7	80,7	81,3	83,6	80,8	83,2	77,2	89,2	79,9	84,3
Senigallia	789	78,4	74,7	74,6	77,9	76,2	74,6	73,2	86,0	72,0	81,1
Jesi	1134	82,7	79,7	80,6	79,3	81,4	78,6	78,3	86,9	78,0	84,7
Fabriano	572	88,9	80,1	80,1	87,3	81,6	83,1	77,8	90,8	77,9	87,6
Ancona	1424	81,6	74,5	74,8	79,6	75,4	76,4	72,5	86,1	72,3	81,8
SA Ds 66	1183	88,1	83,4	84,3	83,6	84,0	84,2	83,6	92,6	82,2	85,0
SA Ds 68	1176	92,8	84,3	86,9	84,3	86,3	86,3	85,8	90,2	83,2	87,1
Taranto	1122	77,4	80,5	81,0	77,4	81,1	78,7	79,6	83,3	79,3	80,0
Brindisi	924	75,0	73,1	75,7	68,6	74,0	73,5	73,0	82,3	73,1	74,2
Ionio Nord	872	67,4	67,7	66,4	70,7	69,3	67,0	66,7	72,1	65,3	68,7
Soverato	794	92,1	79,4	81,5	83,4	80,1	83,8	81,0	88,5	77,2	86,1

*CAN: Corso di Accompagnamento alla Nascita

L'intenzione a vaccinare non sembra essere associata con le difficoltà economiche mentre appare chiaramente più accentuata per le mamme straniere.

Complessivamente tra le mamme straniere, intendono effettuare in futuro tutte le vaccinazioni il 93% delle Africane, il 90% delle Asiatiche e delle Americane e l'84% delle Europee. L'intenzione a vaccinare è inoltre meno accentuata per le mamme che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita; da un'analisi più dettagliata, emerge che le mamme che hanno partecipato ad un CAN rispetto a chi non ha partecipato, indicano più frequentemente una scelta ragionata cioè l'intenzione di effettuare in futuro solo alcune vaccinazioni.

Altre considerazioni

Nell'analisi multivariata, l'intenzione di vaccinare in futuro per tutte le vaccinazioni è risultata positivamente associata con il non avere difficoltà economiche, avere la cittadinanza italiana, essere pluripara e non aver partecipato ad un CAN. Non si è evidenziata alcuna associazione con il livello di istruzione, lo stato lavorativo e l'età della madre. Le stime di associazione sono aggiustate anche per Distretto. L'atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni sembra essere determinato da processi complessi e contrastanti non interpretabili semplicemente in termini di disuguaglianze socio-culturali.

Bibliografia

1. Botto LD, Moore CA, Khoury MJ et al. Neural-tube defects. *N Engl J Med* 1999; 341(20):1509-19.
2. EUROCAT. Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe. Special report. 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-NTD-3rdEd-2009.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016.
3. Lumley J, Watson L, Watson M et al. WITHDRAWN: Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 13(4):CD001056.
4. Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti. Raccomandazione per la riduzione del rischio di difetti congeniti. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/acid4/cont/raccomandazione.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016.
5. Banderali G, Martelli A, Landi M, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med* 2015;13:327.
6. WongMK, Barra NG, Alfaidy N et al. Adverse effects of perinatal nicotine exposure on reproductive outcomes. *Reproduction* 2015;150(6) R185-R193.
7. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T et al. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:239.
8. Pineles BL, Hsu S, Park E et al. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol* (2016) 184 (2): 87-97
9. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking Behaviour before, during, and after Pregnancy: The Effect of Breastfeeding. *Scientific World Journal* 2012;2012:154910.
10. Gupta KK, Gupta VK, Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis,

- Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2016;40:1594–602.
11. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. *Birth Defects Res C Embryo Today* 2016;108(2):174–80.
 12. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168–73.
 13. Riscica P, Moino G, Piivesan G et al. Proteggi il bambino dall'esposizione a bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento. In: Speri L, Brunelli M (Ed). *GenitoriPiù: Materiale informativo per gli operatori*. Verona: Cierre Grafica; 2009. Disponibile all'indirizzo http://www.genitoripiu.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu%20ALCOL.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 14. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496–506.
 15. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E et al. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clin. North Am* 2013;60:31–48.
 16. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475–90.
 17. World Health Organization & UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child feeding. Geneva: WHO 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>; ultima consultazione: luglio 2016.
 18. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1618_allegato.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 19. Lauria L, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow-up study. *Ann Ist Super Sanità* 2016;52(3).
 20. Ministero della Salute. Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 21. Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 22. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I: Definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva, 2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/ (ultima consultazione: luglio 2016)
 23. WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. World Health Organization 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.unicef.org/IYCF_Indicators_part_III_country_profiles.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 24. Regione Piemonte. La Sorveglianza delle Morti Improvvise 0-2 anni - Metodologia e Risultati Quinquennio 2004-2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/regioni/piemonte/pdf/integrale_morti_improvvisi_piemonte.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 25. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185–191.
 26. Moon RY, Horne RS, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *Lancet* 2007;370(9598):1578–87
 27. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment.

- (Policy Statement). *Pediatrics* 2011;128:1030-9.
28. Nati per leggere. Evidence summary - The importance of reading with children frequently, ideally every day. Documento - Disponibile all'indirizzo: http://www.natiperleggere.it/fileadmin/user_upload/documenti/Evidenze_e_varie_pediatri/Booktrust_Reading_every_day_evidence_summary_FINAL_-_1_2014.pdf (ultima consultazione: luglio 2016)
 29. Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni ACP* 2003;6:42-6.
 30. Reading Is Fundamental. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rif.org/who-/leadership/default.msp>; ultima consultazione: luglio 2016.
 31. HELLO: Helping Early Language and Literacy Outcomes. Consultabile all'indirizzo: <http://www.literacytrust.org.uk/early-years-tech>; ultima consultazione: luglio 2016.
 32. Ministero della Salute. Vaccinazioni. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_4.jsp?lingua=italiano&area=Vaccinazioni; ultima consultazione: luglio 2016.
 33. Centre for Disease Control and Prevention. Possible Side-effects from Vaccines. Disponibile all'indirizzo: www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm; ultima consultazione: luglio 2016.
 34. Giovannetti F. Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/le_domande_difficili_2015.pdf; ultima consultazione: luglio 2016.
 35. TeamVaxItalia. Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni. Disponibile all'indirizzo: <http://www.teamvaxitalia.it/lacarta-per-le-vaccinazioni.html>; ultima consultazione: luglio 2016.
 36. Biasio LR, Corsello G, Costantino C et al. Communication about vaccination: A shared responsibility. Disponibile all'indirizzo <https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/181593/302764/Communication%20about%20vaccination%20A%20shared%20responsibility.pdf>; ultima consultazione: luglio 2016.

Nota: Per ulteriori riferimenti bibliografici si rimanda al capitolo 1

L'esperienza della Sorveglianza nei Centri Vaccinali: parola alle Unità Operative coinvolte

Introduzione

In questo capitolo le Unità Operative (UO) che hanno partecipato alla raccolta dati presentano l'esperienza della Sorveglianza a livello locale e, accompagnati da un'analisi di contesto, evidenziano i punti di forza e le criticità.

Le differenze territoriali in termini di strutture, organizzazione del lavoro e politiche aziendali, precedenti esperienze sulle tematiche affrontate hanno notevolmente influenzato lo svolgimento della Sperimentazione e ciò ha contribuito a raccogliere informazioni fondamentali per pianificare al meglio e disegnare una cornice di riferimento nella quale muoversi per un'eventuale estensione futura della Sorveglianza.

Nei contributi a seguire non mancano, dunque, riferimenti a problematiche piuttosto trasversali a tutte le UO, come la carenza di personale dedicato, la mancanza di tempo degli operatori già oberati di lavoro routinario nei CV e la mancanza di spazi fisici dedicati in cui poter assicurare la privacy alle mamme rispondenti al questionario.

D'altro canto un sentito comune sottolinea la necessità di estendere questa Sorveglianza ad altre Regioni italiane per colmare un *gap* informativo esistente sui determinanti di salute nella prima infanzia, per stimolare il dialogo tra professionisti della salute del bambino e operatori dei CV, anche per rafforzare il ruolo fondamentale di quest'ultimi nella promozione della salute.

ASL Milano (oggi Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano)

Maria Enrica Bettinelli^a, Annalisa Mastromatteo^a, Monica Giuliani^a, Marco Bosio^b

^aSSD Integrazione Progetti Area Sanitaria, Dipartimento Cure Primarie, ATS Città Metropolitana di Milano, Milano

^bDirettore Generale, ATS Città Metropolitana di Milano, Milano

Descrizione del contesto

Lo studio ha coinvolto un unico Distretto dell'ex ASL Milano, il Distretto 2, corrispondente a due municipi che partendo dal centro di Milano si spingono a Nord-Ovest (municipio 8) e a Nord (municipio 9) della città. Questo territorio ad alta densità abitativa (7.751 abitanti/km) rappresenta un'area metropolitana estremamente interessante per l'elevata dinamicità sociodemografica, culturale e per la riqualificazione urbana e architettonica, in particolare nell'ambito del Centro Direzionale di Milano, quartiere a carattere terziario che ha ridisegnato la *skyline* milanese. In questo territorio coesistono quartieri a forte spinta immigratoria storica (*Chinatown* di Milano) e altri con quella più recente, quartieri operai (Gallaratese, Niguarda), quartieri popolari con forti tensioni sociali caratterizzati in alcune aree da deprivazione socioculturale (Quarto Oggiaro) e quartieri con zone molto *in* e *fashion* (Porta Volta). Gli elementi sopramenzionati rendono quindi ragione della scelta, nel panorama dell'ex ASL Milano, di questo Distretto, rappresentativo della città e dei nuovi scenari alla base delle

diseguaglianze che hanno impatto sulla salute a breve e a lungo termine. In questa area, dove nel 2015 sono nati 3039 bambini, sono presenti tre punti nascita (Sacco, Buzzi, Niguarda) e tre Centri Vaccinali (Aldini, Accursio, Cherasco) con un'elevata attività vaccinale, che spiega la durata di solo due mesi della sorveglianza (dal 23 febbraio al 29 aprile 2015), più breve rispetto agli altri distretti coinvolti nella Sperimentazione.

Questo progetto CCM si è inserito nel solco di attività progettuali, formative e informative relative al Programma GenitoriPiù, di cui a partire dal 2008 l'ex ASL Milano è stata negli anni unità di ricerca e di sperimentazione. In questo progetto l'unità di ricerca ha scelto di somministrare al campione identificato di mamme che portavano i propri bambini a vaccinare un questionario autosomministrato che indagava sette determinanti di salute sugli otto inclusi nel Programma GenitoriPiù e che veniva riletto dall'operatore una volta restituito dalla mamma, in modo da fornire supporto alle mamme che non riuscivano a comprendere il testo italiano del questionario in tutte le sezioni.

Punti di forza e criticità

Per vincoli normativi e amministrativi, l'UO si è avvalsa di due volontari e di un operatore esterno ai Centri Vaccinali, oltre alla collaborazione di studenti in tirocinio del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano. Questo fatto in qualche modo ha ridotto l'impatto della sorveglianza sull'organizzazione dell'attività vaccinale e ne ha garantito l'affidabilità (pochi operatori addestrati alla sola rilevazione e all'immissione dei dati nel software predisposto, tempestivi feedback in itinere).

La sorveglianza ha evidenziato una forte motivazione degli operatori dei Centri Vaccinali che sono stati formati sugli otto determinanti della salute di GenitoriPiù e sulla sorveglianza e che hanno collaborato con il personale dedicato alla rilevazione, mostrando disponibilità ad aggiungere questa attività, in particolare quella informativa, alle routine del Centro Vaccinale, con ridefinizione dell'organizzazione dei tempi di lavoro. Il personale dedicato alla rilevazione ha mostrato una speciale dedizione, non solo nella pianificazione e realizzazione della sorveglianza nei suoi vari aspetti, ma anche nel fornire alle mamme, una volta restituito il questionario, informazioni con l'opuscolo sugli otto determinanti della salute. In particolare questa ultima attività è servita per coinvolgere gli studenti in tirocinio in un aspetto rilevante della futura attività professionale.

La complessa composizione della popolazione del distretto 2 (38% di mamme con cittadinanza straniera, il valore più alto tra i distretti dello studio) ha reso necessaria, in corso d'opera, la traduzione del questionario autosomministrato nelle lingue araba e cinese, in modo da facilitare la partecipazione di queste mamme, non avere perdita informativa e non creare bias di selezione. I questionari tradotti sono stati successivamente messi a disposizione di tutte le altre UO.

Oltre alla formazione sulla Sorveglianza e sui determinanti di salute nella fascia 0-2 anni effettuata prima dell'inizio della Sperimentazione, è stata realizzata un'altra giornata formativa su queste tematiche rivolta agli operatori di tutta area materno-infantile, non solo dell'ex ASL Milano, svoltasi presso l'Università degli Studi di

Milano il 17 novembre 2015. Questo evento ha visto la presenza di istituzioni di livello nazionale e regionale, oltre che locale e ha promosso la costituzione di una rete locale interprofessionale e multidisciplinare a sostegno della salute di mamme e bambini (rete 1000 giorni).

La restituzione dei dati è avvenuta pubblicamente l'8 giugno 2016 in un evento residenziale focalizzato sulla valutazione del progetto CCM e sulla fattibilità della sorveglianza nel contesto della nuova realtà organizzativa, ATS Città Metropolitana di Milano, in cui l'ex ASL Milano è confluita dal 1 gennaio 2016.

Nell'ambito di questo convegno è apparso chiaro come le informazioni debbano essere individualizzate e basate sulle conoscenze delle mamme e della cultura di appartenenza e come sia necessario ripensare anche alle modalità di comunicazione nell'ambito della promozione di stili di vita salutari.

Sono seguiti nel mese di giugno incontri formativi con gli operatori di vari servizi sui determinanti della salute nei primi mille giorni di vita e sui risultati della sorveglianza. Si ha inoltre in programma lo sviluppo di una successiva formazione a distanza nell'ambito del territorio dell'ATS Città Metropolitana di Milano.

Conclusioni

La sorveglianza sui determinanti della salute in ambito materno-infantile ha permesso un approfondimento culturale, colmando un *gap* informativo esistente in quest'ambito, ha sollecitato una riflessione sull'importanza di investire nei primi anni di vita con interventi costo-efficaci e ha reso chiara la necessità di una valutazione costante degli esiti di salute in funzione degli interventi messi in atto. Ha inoltre avuto il pregio di stimolare lo sviluppo di reti sanitarie, sociosanitarie e sociali a sostegno della salute e del benessere di bambini, mamme e genitori.

In merito alla sostenibilità della sorveglianza nel tempo, stante il livello di informatizzazione aziendale, si ritiene utile valutare i possibili link dei determinanti esplorati nella sorveglianza con i flussi correnti, in modo da poter garantire nel tempo ai decisori le informazioni non solo a livello campionario, ma di popolazione.

Regione Calabria

Giacomino Brancati, Anna Domenica Mignuoli, Caterina Azzarito

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro

Descrizione del contesto

Il contesto territoriale entro il quale si è realizzato il progetto è la provincia di Cosenza e la provincia di Catanzaro. Nell'Azienda Sanitaria di Cosenza è stato coinvolto il Distretto Jonio Nord, lo stesso, è sede di 3 Centri Vaccinali, (Corigliano Calabro, Cassano allo Jonio e Trebisacce) tutti partecipanti alla sorveglianza e 20 Ambulatori Vaccinali, ubicati nell'entroterra, di questi, hanno partecipato alla sorveglianza 11. Nel periodo dedicato all'indagine sono state reclutate 932 mamme, di queste 872 hanno aderito mentre 60 mamme si sono rifiutate di partecipare allo studio.

Le mamme che hanno aderito, hanno compilato un questionario cartaceo, con il

supporto e controllo di un operatore sanitario. A tale Distretto, afferiscono 22 Comuni con una popolazione di 103.302 abitanti tra questi, Corigliano Calabro è sede di un presidio ospedaliero che conta di 136 posti letto, l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologi, effettua circa 1100 parti all'anno e opera anche un Consultorio Familiare; Trebisacce, sede di un Consultorio Familiare aperto dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 20.00, in seguito alla chiusura del punto nascita è ubicato nelle vicinanze del centro vaccinale. Nel Distretto operano anche altri due Consultori Familiari.

Nella Provincia di Catanzaro è stato individuato il Distretto di Soverato, sede di Centro Vaccinale, ed altri 4 punti vaccinali, Chiaravalle, Girifalco, Badolato, Squillace, tutti hanno partecipato alla sperimentazione. A tutte le mamme, 823, che nel periodo dedicato all'indagine, hanno portato i loro bimbi a vaccinare, è stato somministrato il questionario da parte di un operatore formato, del centro vaccinale. Solo una mamma si è rifiutata di aderire allo studio, pertanto sono stati somministrati, 822 questionari.

Al Distretto di Soverato afferiscono 28 comuni: con una popolazione di 77.284 abitanti; Soverato è sede di un presidio ospedaliero con 94 posti letto e l'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia è a rischio chiusura in quanto il numero dei parti è al di sotto dei 500 annui, nel distretto operano 4 Consultori Familiari di cui uno a Soverato.

Terminata la rilevazione, tutte le informazioni raccolte attraverso il questionario cartaceo, sono state inserite in un software dedicato, nel Distretto Jonio Nord. L'inserimento è stato effettuato da due operatrici del Consultorio Familiare di Trebisacce, mentre nel Distretto di Soverato gli stessi operatori che hanno somministrato i questionari si sono occupati dell'inserimento. La sperimentazione, ha coinvolto in totale 17 operatori sanitari, di cui 10 del distretto Jonio Nord e 7 del distretto di Soverato.

Punti di forza e criticità

La sorveglianza ha permesso di poter avviare processi di integrazione tra gli operatori dei Centri Vaccinali e consultori, ma anche tra gli operatori dei diversi Centri Vaccinali, perché hanno avuto l'opportunità di potersi confrontare in occasione della formazione e nelle fasi successive della sorveglianza. I determinanti di salute indagati dalla sorveglianza, permettono di monitorare le azioni che vengono messe in atto nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, dai servizi del SSR.

Gli operatori hanno dichiarato che, durante il periodo dedicato allo studio, hanno avuto l'opportunità di implementare il dialogo con le mamme, perché non era finalizzato solo a chiedere informazioni rispetto alla vaccinazione ma anche spiegazioni e consigli rispetto ai determinanti indagati dalla sorveglianza e quindi l'idea del centro vaccinale che si arricchisce, oltre ad eseguire solo la prestazione riguardante la vaccinazione, anche quella di servizio che promuove salute in una fascia d'età così importante e determinante per la salute futura, non solo dei bambini ma anche delle mamme.

La Regione Calabria essendo in Piano di Rientro il blocco del turn-over non ha permesso di sostituire il personale in pensione, pertanto a soffrire, spesso sono i servizi dedicati alla prevenzione in quanto considerati di secondaria importanza rispetto ai servizi ospedalieri, quindi la carenza di personale, in alcuni Centri Vaccinali, ha fatto

sì che l'attività di sorveglianza venisse percepita dagli operatori come sovraccarico di lavoro. La Regione Calabria, da qualche anno ha previsto una riorganizzazione dei Centri Vaccinali al fine di garantire un'offerta di servizi di qualità ma ancora non è stata pienamente attuata, pertanto nell'individuazione dei Distretti si è dovuto tener conto di questa disomogeneità. Ciò si è verificato soprattutto nel Distretto Jonio Nord, dove nell'entroterra persistono sedi vaccinali disagiate con bassa densità abitativa.

Conclusioni

La Regione Calabria è tra le regioni che partecipa già alle sorveglianze di OKkio alla SALUTE, HBSC, PASSI e PASSI d'Argento: Raccogliere informazioni sul *target* 0-2 anni, significherebbe avere il quadro completo di tutta la popolazione e quindi il completamento delle sorveglianze già in atto.

Raccogliere informazioni su attitudini e comportamenti delle mamme, nel periodo perinatale e nei primi anni di vita del bambino, risulta fondamentale al fine di orientare la programmazione di interventi di promozione della salute nel periodo considerato e monitorare gli effetti. I dati raccolti dalla sorveglianza, sono utili non solo per gli operatori che si occupano di salute materno-infantile, ma anche per tutti i portatori di interesse.

I dati raccolti hanno permesso di evidenziare delle differenze significative tra il campione delle mamme del distretto sanitario Jonio Nord ed il campione di Soverato; la differenza dei comportamenti adottati dalle mamme nel periodo prenatale e post-natale, rispetto ai determinanti indagati, suggerisce l'adozione di una programmazione sanitaria diversificata al fine di ridurre le disuguaglianze. Avendo sperimentato la sorveglianza in questi due Distretti sarebbe utile riproporla nelle altre province della Regione al fine di poter contare su una visione completa di tutto il territorio Calabrese.

Regione Campania

Gianfranco Mazzarella^a, Mariagrazia Panico^b, Adele D'Anna^b, Annalisa Nardacci^b, Gelsomina Ragone^b

^a*Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, Regione Campania, Napoli*

^b*Asl Salerno*

Descrizione del contesto

Uno dei principali elementi di contesto da riportare è che la Regione Campania, in seguito alle restrizioni imposte dal "Piano di Rientro" vigente in Campania dal 2007, ha subito negli ultimi anni una rilevante riduzione del personale sanitario per il blocco del *turn-over* (circa 16.000 unità tra il 2007 e il 2016); tali risorse sono state sottratte soprattutto all'area dove meno si manifestano le urgenze assistenziali, ossia l'ambito della prevenzione. Ai fini della valutazione della fattibilità della sorveglianza, dunque, è utile tener conto di un tale elemento in quanto, nonostante una discreta limitazione di risorse imposte dal Piano di Rientro, è stato comunque possibile portare a termine le attività richieste dalla sorveglianza. Difficoltà e criticità certamente ve ne sono state, ma

che non hanno in alcun modo impedito il normale svolgersi delle attività previste.

Il progetto si è svolto in due Distretti Sanitari (DS) dell'Asl Salerno, il DS 66 e il DS 68, individuati in base alle loro diverse caratteristiche. L'obiettivo è stato, infatti, quello di testare la tenuta delle procedure della sorveglianza in contesti differenti sia dal punto di vista organizzativo che da quello del geografico e socio economico.

Il DS 66 è situato nella città di Salerno, include 2 comuni (Salerno e Pellezzano), copre una popolazione di circa 150.000 abitanti e conta poco più di 1.000 nati/anno. Gli unici due Centri Vaccinali in esso presenti, entrambi nella stessa struttura situata al centro di Salerno, includono 11 operatori sanitari e sono accessibili 5 giorni/settimana. Trattandosi di un DS che include una popolazione prevalentemente cittadina, la sua densità abitativa è discretamente elevata (2.038 ab/Km²), le condizioni socio-economiche della popolazione residente sono relativamente buone e la raggiungibilità dei CV è soddisfacente.

Il DS 68 di Giffoni Valle Piana – Pontecagnano Faiano (Sa), invece, comprende un più ampio territorio costituito da 9 comuni pedemontani e collinari (Giffoni Valle Piana, Acerno, Castiglione dei Genovesi, Giffoni Sei Casali, Montecorvino Pugliano, Montecorvino Rovella, Pontecagnano-Faiano, San Cipriano Picentino, San Mango Piemonte) caratterizzati, a loro volta, da numerose piccole frazioni, talune delle quali dislocate anche molto perifericamente. La popolazione di circa 60.000 abitanti (bassa densità abitativa pari a 273 ab/Km²), caratterizzata da condizioni economiche meno agiate rispetto alla popolazione dell'altro DS partecipante, è distribuita su tutto il territorio in modo abbastanza sparso. I circa 780 nati/anno afferiscono a 6 Centri Vaccinali, 2 dei quali aperti solo 1 giorno a settimana e dislocati in aree particolarmente decentrate, gestiti in totale da 11 operatori. Tali condizioni, certamente diverse rispetto all'altro DS, rappresentano condizioni abbastanza estreme in termini organizzativi e gestionali. Inoltre anche raggiungibilità dei CV in questo caso meno agevole.

Punti di forza e criticità

La scelta dell'Asl in cui realizzare il progetto è stata influenzata sia dalle più alte coperture vaccinali presenti rispetto al resto del territorio regionale, ma anche - e forse soprattutto - dalla maggiore disponibilità mostrata dai colleghi dell'Asl di Salerno. Anche altre due ASL campane sono state contattate e invitate, infatti, ma hanno ritenuto che la partecipazione alla sorveglianza, così come organizzata, potesse rallentare eccessivamente le loro attività già gravate da un ristretto numero di operatori, appena sufficiente per garantire l'offerta vaccinale di routine. All'interno dell'Asl Salerno, poi, l'individuazione dei DS in cui realizzare la sorveglianza non ha offerto particolari difficoltà.

Gli operatori, sia medici che infermieri o assistenti sanitari, si sono lasciati coinvolgere abbastanza facilmente nelle attività, hanno partecipato attivamente alla formazione manifestando un notevole interesse riguardo al tema dei determinanti di salute nei primi 2 anni di vita. Molti di essi, pur lamentando un discreto surplus di lavoro, hanno comunque sottolineato l'utilità dell'esperienza come occasione per rivitalizzare culturalmente la routine dei CV che talvolta, a causa della ripetitività e monotonia delle

azioni, rischia di essere alienante. Tra le opportunità create dall'esperienza, gli operatori hanno sottolineato quanto l'occasione di somministrare il questionario alle mamme abbia rivitalizzato la loro relazione con la famiglia e il conseguente rapporto di fiducia cittadino-operatore della salute.

Nel corso dello svolgimento della sorveglianza, che ha occupato gli operatori senza interruzioni per un tempo abbastanza lungo (6 mesi), entrambe le referenti coordinatrici del progetto nei 2 DDSS sono state costrette a una assenza dal lavoro protrattasi anche per alcune settimane: ciò nonostante, seppure con un lieve slittamento dei tempi, le attività si sono concluse nel migliore dei modi e nei tempi previsti. Nonostante la maggioranza degli operatori abbia espresso parere favorevole sulla continuazione della sorveglianza, molti di essi hanno sottolineato, in fase di valutazione, l'opportunità di ridurre il carico e l'intensità di lavoro, attraverso una maggiore diluizione delle attività nel tempo.

Altra criticità emersa è stata quella relativa alla logistica: i CV, infatti, non dispongono di locali adeguati per l'intervista delle mamme in maniera più riservata.

La metodologia di raccolta delle informazioni preferita dagli operatori è stata quella della compilazione del questionario dall'operatore in cartaceo durante l'anamnesi. Tale strategia, pur rallentando le attività routinarie dei CV a causa del maggior impegno degli operatori, ha garantito una migliore qualità del dato. Gli operatori hanno rilevato una soddisfacente comprensibilità del questionario da parte delle mamme.

La restituzione delle informazioni attraverso l'imputazione dei dati utilizzando un software dedicato non ha offerto particolari difficoltà tecniche ma, essendo stato realizzato dallo stesso personale sanitario dei CV, ha sottoposto questi ultimi a un impegno, a tratti mal sopportato, che ha in alcune occasioni sottratto tempo alle attività routinarie dei CV.

Conclusioni

Le migliori evidenze scientifiche dimostrano come i primi anni di vita del bambino rappresentino una finestra dell'esistenza dell'individuo molto sensibile, all'interno della quale possono verificarsi grandi criticità così come grandi opportunità. E sia le une che le altre possono avere effetti molto duraturi, rispettivamente sfavorevoli o favorevoli, sullo sviluppo della persona e sulla sua "salute" lungo tutto il corso della vita.

L'esperienza degli altri sistemi di sorveglianza dimostra che la produzione di dati e la diffusione di informazione rappresentano uno straordinario volano per accendere i riflettori su un ambito di salute e per realizzare quella giusta *advocacy* capace di sensibilizzare gli operatori e la popolazione sul tema e orientare i decisori in un più appropriato investimento di risorse, meglio rispondente ai bisogni di salute delle persone.

Questo sistema di sorveglianza è necessario, soprattutto per il fatto che va a produrre informazioni necessarie alla pianificazione "intelligente" in un periodo della vita in cui gli interventi possono dare il massimo dell'efficacia e dell'efficienza.

La sperimentazione appena conclusa dimostra, oltre al beneficio epidemiologico e di salute pubblica, un impatto positivo sia sulla costruzione delle competenze degli operatori che sulla relazione operatori-famiglia, elemento di non secondaria importanza

in un periodo di crisi, almeno nella nostra regione, della relazione del sistema salute con i cittadini.

Questa sperimentazione ha dimostrato che, anche in un contesto “difficile” a causa del piano di rientro, è stato possibile portare a termine con ottimi risultati tutte le attività previste. Sarà certamente opportuno prevedere modalità più sostenibili di rilevazione, ma certamente mettere a punto un sistema di sorveglianza stabile rappresenta una priorità.

Regione Marche

Elisabetta Benedetti^a, Marco Morbidoni^b

^aP.F. ‘Prevenzione e Promozione della salute in ambienti di vita e di lavoro’, Agenzia Sanitaria Regionale della Marche

^bUnità Operativa di Epidemiologia – Dipartimento di Prevenzione Area Vasta 2, Ancona

Descrizione del contesto

La sperimentazione del sistema di sorveglianza 0-2 anni è stata attuata nel territorio dell’Area Vasta 2 dell’Asur Marche, che corrisponde alla provincia di Ancona, più tre comuni della provincia di Macerata (circa 500.000 abitanti, 1/3 della popolazione marchigiana). In questo territorio nascono circa 3500 bambini ogni anno.

Il territorio è diviso in 4 Distretti Sanitari: Ancona, Fabriano, Jesi e Senigallia. Per ciascuno dei 4 Distretti sono stati individuati dei referenti per i Centri Vaccinali presenti all’interno del territorio distrettuale.

I Centri Vaccinali individuati sono stati 4 con 25 ambulatori; 13 nel Distretto di Ancona, 3 nel Distretto di Fabriano, 5 in quello di Jesi e 4 in quello di Senigallia.

Dopo l’adesione formale da parte della PF Prevenzione dell’ARS Marche e la richiesta di adesione dell’Area Vasta 2 (nello specifico al servizio di Epidemiologia che ha coordinato tutta la sperimentazione), si è passati alla adesione “sostanziale” con il coinvolgimento diretto dei responsabili dei Centri Vaccinali distrettuali (che nella realtà sanitaria marchigiana sono strutture dei servizi di Igiene pubblica) e degli operatori ivi presenti.

È seguita la formazione degli operatori (a Roma per le 4 persone del servizio di epidemiologia che hanno poi organizzato la formazione locale) coinvolti nel territorio, che sono stati più di 30

Al termine è iniziata la fase, molto importante nella nostra esperienza, di assistenza alle varie azioni previste dal progetto: distribuzione dei materiali (schede e pieghevoli ai servizi ISP e locandine ai pediatri della zona); molto critica è stata poi la fase di iscrizione degli operatori vaccinali al software di gestione della sorveglianza.

Punti di forza e criticità

Indubbiamente l’attività di sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza mette in crisi i meccanismi e le procedure di lavoro routinarie. L’assistenza continua (da parte dell’ISS e da parte del coordinamento aziendale) ha reso meno difficoltosa la partecipazione al progetto. Infatti tra i punti di forza ricordiamo la formazione e l’assistenza.

La formazione degli operatori è stata l'occasione per gli stessi di riscoprire il proprio ruolo originale di operatori sanitari, soprattutto in relazione alle funzioni di “educatori e promotori di salute”. Tutte le fasi dell'indagine sono state occasioni e strumenti di apprendimento per tutto il personale. Infine il questionario è stato occasione di apprendimento per le mamme.

Da rimarcare il ruolo assolutamente essenziale dell'ISS che ha supporto continuamente le UO di Progetto e i suoi referenti.

Sono emersi anche alcuni punti di debolezza relativamente a: personale, organizzazione generale, strumenti utilizzati, tempi e spazi.

La carenza di personale dedicato al progetto ha fatto sentire i suoi effetti nelle fasi più “calde”: raccolta dati e registrazione on line. Una certa disomogeneità nella distribuzione del personale sul territorio ha ridotto le performance complessive di molti (ed è stato oggetto di riflessione da parte della dirigenza della Asl).

Alcune parti del questionario sono sembrate poco comprensibili, soprattutto in relazione ad un pubblico eterogeneo dal punto vista culturale; ciò si è accentuato nel coinvolgimento della popolazione straniera (o comunque di nazionalità non italiana) che ha trovato difficoltà in tutte le fasi dell'indagine.

Spesso il tempo a disposizione è stato insufficiente tenuto conto delle diverse realtà dei Centri Vaccinali, dei loro orari di apertura e dell'organizzazione complessiva dei distretti.

In alcune realtà anche gli spazi disponibili (sala attesa) hanno creato problemi soprattutto in termini di rispetto della *privacy* (nel momento in cui si spiegava il questionario al genitore e si riceveva il questionario compilato)

Infine, i tempi dell'indagine (in alcuni casi 11 mesi) sono risultati troppo lunghi considerando la novità dell'indagine e l'inserimento veloce della stessa nella attività routinaria dei Centri Vaccinali.

Conclusioni

Considerando l'ottima adesione da parte delle mamme (molte, escluse per età del bambino, chiedevano di potere comunque partecipare), la buona/ottima disponibilità da parte degli operatori e dei referenti di distretto vaccinale (molti operatori vaccinali hanno riferito di riscoprire il ruolo prevalente della propria professione ovvero facilitare e promuovere scelte di salute) e l'apprezzabile aumento delle conoscenze tra la popolazione e gli operatori (le conoscenze sono aumentate sia tra gli operatori che tra i genitori coinvolti), si propone di estendere la sorveglianza anche ai prossimi anni e ad altri territori magari orientando l'impegno in indagini biennali (al pari di altri sistemi di Sorveglianza attivi sul territorio nazionale).

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.

A tale scopo si suggerisce però di:

- studiare una selezione del campione diversa e comunque lavorare su un campione più esiguo;
- prevedere una modalità di raccolta più snella, magari integrando il questionario nel software gestionale delle vaccinazioni (ove esistente) o incentivando l'assunzione temporanea di intervistatori magari con conoscenze delle lingue straniere più presenti nel territorio.

Infine va aggiunto che è ferma convinzione da parte di chi scrive che sistemi di sorveglianza, come quello sperimentato, siano di valore estremamente strategico poiché consentono da un lato una vera “saldatura” tra le informazioni provenienti da sorveglianze di popolazione già presenti (PASSI, PDA, ecc.) e dall'altro creano una ottima occasione per incrementare nuove collaborazioni tra i servizi sanitari coinvolti.

Regione Puglia

Cinzia Germinario, Maria Teresa Balducci, Maria Serena Gallone
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

Descrizione del contesto

Nella Regione Puglia hanno partecipato alla sperimentazione 2 Distretti Socio-Sanitari (DSS), afferenti rispettivamente uno alla ASL Brindisi (BR) ed uno alla ASL Taranto (TA). Hanno partecipato su base volontaria i 3 Centri Vaccinali (CV) del DSS n. 2 di Fasano, Ostuni e Cisternino della ASL Brindisi e 4 dei 5 CV del Distretto Socio Sanitario n.4 Taranto città della ASL Taranto.

Il questionario è stato somministrato alla popolazione target in forma cartacea grazie al coinvolgimento di 22 operatori sanitari, 9 per la ASL BR e 13 per la ASL TA. La raccolta dei dati è avvenuta tramite somministrazione del questionario da parte dell'operatore sanitario in 2 su 4 CV nel Distretto n.4 di Taranto e in 2 su 3 CV nel Distretto n.2 di Brindisi, negli altri CV è avvenuta tramite auto-compilazione da parte della madre ed il questionario è stato ritirato e controllato dagli operatori sanitari presenti. L'arruolamento e la compilazione è avvenuta sempre dopo la vaccinazione del bambino.

Dal 19 gennaio 2015 al 30 ottobre 2015 nei CV partecipanti alla sperimentazione del sistema di sorveglianza sono stati raccolti complessivamente 2.046 questionari (adesione 99,2%): 924 provenienti dai CV del distretto di Brindisi (adesione 98,9%) e 1.122 dal distretto di Taranto (adesione 99,4%).

L'inserimento dei dati nel software è avvenuta a livello di coordinamento della Unità Operativa, effettuata da un unico operatore reclutato appositamente per il progetto.

Punti di forza e criticità

Il 55,6% degli operatori pugliesi ha ritenuto che la Sorveglianza abbia avuto un impatto positivo sullo svolgimento delle attività routinarie del CV.

La maggior parte degli operatori ha riconosciuto come la Sorveglianza abbia dato

la possibilità di migliorare il rapporto con le mamme in virtù dell'ampliamento dei temi affrontati (non solo le vaccinazioni, ma anche la promozione della salute nell'età infantile). La Sorveglianza ha agito, quindi, come elemento in grado di favorire lo scambio informativo e la collaborazione tra operatore e madre. Infatti questa sperimentazione ha evidenziato che un'indagine approfondita sui determinanti di salute infantile consente di caratterizzare al meglio lo stile di vita e il profilo di salute della popolazione materno-infantile, ma contemporaneamente favorisce lo stesso *counselling* vaccinale e gli interventi di educazione sanitaria nei primi anni di vita, poiché facilita l'instaurarsi di un rapporto fiduciario con le mamme dei piccoli; infine incoraggia il personale sanitario ad implementare le proprie competenze in merito.

Di contro il 33% degli operatori ha dichiarato di aver avuto difficoltà nel somministrare il questionario ed il 28,6% ha sottolineato come la difficoltà a svolgere la sorveglianza è dipesa anche dalla mancanza di ambienti dedicati; le difficoltà hanno riguardato anche la mancanza di preparazione degli operatori ad affrontare tematiche specifiche. Molti operatori hanno messo in luce come la loro preparazione, anche da un punto di vista di *counselling* motivazionale non era adeguata. Il confronto delle esperienze riportate dai centri in cui l'indagine è stata somministrata dagli operatori rispetto a quelli in cui il questionario è stato affidato alla compilazione dell'utente evidenzia a nostro parere che l'auto-compilazione riduce le potenzialità del sistema di sorveglianza per quel che riguarda il processo di educazione sanitaria nei confronti delle mamme. La valutazione da parte dei referenti di progetto e loro collaboratori è in linea con quanto dichiarato dagli operatori.

Conclusioni

È doveroso mettere a frutto l'esperienza svolta durante questa sperimentazione, estendendo e istituzionalizzando le attività del progetto a tutti i Distretti della Regione; ciò consentirebbe anche di raccogliere le informazioni utili al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 che a tutt'oggi non sono disponibili (es. allattamento al seno). Sarebbero però opportuni alcuni correttivi: in primis la somministrazione dei questionari dovrebbe essere sempre mediata dagli operatori, anche al fine di facilitarne la comprensione e poi si dovrebbe differenziare la raccolta dati asseconda dei determinanti.

Infatti si dovrebbe individuare un *core* di indicatori da inserire direttamente nel sistema dell'anagrafe vaccinale informatizzata della regione (software gestionale in uso presso i CV regionali), in modo da favorire le attività di sorveglianza in continuo. Il *core* di indicatori potrebbero essere l'allattamento al seno, il fumo, l'alcol, la posizione in culla. Invece per i rimanenti indicatori si dovrebbero studiare tramite studi *ad hoc*.

In ultimo sarebbe auspicabile anche uniformare le informazioni che gli operatori sanitari trasmettono ai genitori organizzando corsi di formazioni rivolti a tutte le figure sanitarie che si raffrontano con bambini da 0 a 2 anni (ostetriche, ginecologi, PLS, neonatologi, igienisti, assistenti sanitari, psicologi) e rivedere le modalità di comunicazione rivolte alle mamme.

Regione Veneto

Leonardo Speri^a, Lara Simeoni^a, Donatella Campi^b, Lorena Gottardello^c, Elena Fretti^a

^aUOS Servizio Progetti Promozione Salute – ULSS 20 Verona

^bDipartimento di Prevenzione ULSS 13 Mirano, Venezia

^cDipartimento di Prevenzione ULSS 16 Padova

Descrizione del contesto

In Veneto il programma GenitoriPiù è consolidato e sono note fattibilità e nodi critici di *survey* periodiche con questionario cartaceo autosomministrato sugli 8 determinanti, già sperimentate sia sugli operatori che sui genitori (2009, 2012) anche multilingue (2013).

Il Veneto ha adottato pertanto la modalità di somministrazione tramite intervista, limitata ad alcuni indicatori, con compilazione diretta del questionario su supporto informatico da parte dell'operatore, nella parte riservata all'Anamnesi del Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr). Il *timing* della compilazione quindi, contrariamente alle altre regioni, è stato antecedente alla somministrazione del vaccino.

La raccolta dati ha visto coinvolti solo operatori interni al Sistema Vaccinale (Assistenti Sanitarie, Medici e Infermieri) senza incentivi economici, per valutare la sostenibilità della sorveglianza nell'organizzazione corrente. Nel Sistema Vaccinale Regionale è in atto una importante razionalizzazione delle risorse che ha finora perseguito la massima ottimizzazione del tempo/seduta, ma che vedrà future revisioni anche in relazione all'impegno che comporta per i servizi l'aumento generalizzato della cosiddetta *Vaccine hesitancy*.

Sono stati coinvolti: il Distretto n. 1 Area Nord ULSS 13 (Mirano - VE) che copre 141.511 ab. (comuni di Martellago, Mirano, Noale, S. Maria di Sala, Salzano, Scorzè, Spinea); il Distretto n. 2 ULSS 16 (Padova) che copre 77.900 abitanti (comuni di Abano Terme, Cervarese S. Croce, Mestrino, Montegrotto Terme, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano). Il Distretto 1 dell'ULSS 13 ha reclutato n. 1.220 mamme, nel Distretto 2 dell'ULSS16 n. 1.293. In entrambi i Distretti il tempo necessario per raggiungere la numerosità campionaria è stato di 9 mesi. La percentuale di donne straniere nel Distretto dell'ULSS13 era del 18,3%, mentre nel Distretto dell'ULSS16 del 26,0%. L'età delle mamme è risultata piuttosto alta (34,4 anni per entrambe le ULSS).

Punti di forza e criticità

Nel contesto pur favorevole, data la presenza dal 2006 del Programma GenitoriPiù, sono state comunque rilevate, accanto ad indubbi elementi positivi, delle difficoltà.

Il primo punto critico è stato l'individuazione dei servizi da coinvolgere: all'avvio della ricerca l'utilizzo "a regime" dell'Anamnesi Vaccinale all'interno del SIAVr era limitato a pochi territori. La difficoltà iniziale è stata risolta grazie alla rete di professionisti curata negli anni dallo staff di GenitoriPiù, che nelle due ULSS scelte si è rivelata solida, presente e motivata. Tutti i Referenti hanno segnalato alcune, limitate, difficoltà locali nel reclutamento dei Distretti. Criteri di scelta per l'ULSS 16: migliore dotazione di personale e rapporto tempo/vaccinazione, spazi per la privacy, disponibilità al cambiamento e alla sperimentazione; per l'ULSS 13: maggior disponibilità e buona

esperienza nel SIAVr.

Da parte dei Referenti UO così come da parte dei Referenti di Distretto e degli operatori è stata sottolineata sia un'alta motivazione che una obiettiva difficoltà ad implementare l'attività "aggiuntiva" senza un aumento di risorse, a scapito della già complessa attività vaccinale. Va notato che data l'organizzazione e il numero di sedi coinvolte (5) il peso della ricerca è ricaduto su un numero piuttosto limitato di operatori (12).

L'appesantimento della seduta vaccinale rilevato e, dato il momento dell'intervista, lo "sviamento" dall'obiettivo primario della vaccinazione, sono stati punti problematici solo in parte compensati dalla migliorata modalità relazionale e dalla valorizzazione professionale percepita. Su questo è stata segnalata la necessità di avere istruzioni più precise per lo svolgimento del questionario, in particolare per fronteggiare adeguatamente l'emergere di richieste sui vari determinanti o per intervenire con un counselling breve in caso di comportamenti sbagliati/problematici (frequente - con rischio che il dialogo interferisca sulla standardizzazione).

L'imputazione diretta del dato sul SIAVr, di contro, è stata riconosciuta, soprattutto dagli operatori più allenati, come importante punto di forza.

Tra i punti di forza va segnalata anche la possibilità di individuare precocemente famiglie più in difficoltà, anche sociale, obiettivo che, se assunto esplicitamente, meriterebbe, secondo i Referenti, uno spazio di intervista più protetto e un tempo apposito.

Sull'impatto della Sorveglianza sulle normali attività del CV, gli operatori hanno espresso una valutazione piuttosto negativa, segnalando un rallentamento delle attività vaccinali, tamponato in alcune sedi con una riorganizzazione estemporanea delle risorse interne, quindi è molto bassa la quota degli operatori che dichiarano la Sorveglianza ripetibile senza modifiche.

I Referenti ritengono invece più fattibile ripetere l'esperienza, con qualche modifica: limitando il questionario, rafforzando il CV con personale esterno o la presenza di incentivi economici, in particolare se si ritiene di cogliere con la raccolta dei dati l'occasione di una adeguata promozione di comportamenti di salute corretti. Tutti concordano su un importante punto di forza: il miglioramento relazionale con l'utente, che spesso vive positivamente l'esperienza, con una corrispondente percezione nell'operatore di valorizzazione del proprio ruolo professionale.

Un punto essenziale e riconosciuto riguarda la restituzione dei risultati. Due eventi (accreditati ECM) di chiusura si sono svolti positivamente nelle rispettive sedi e hanno visto una partecipazione ricca e molto sentita, sia da parte operatori che hanno partecipato alla sorveglianza, sia, vista l'importante occasione di rete, da parte degli altri operatori della prevenzione e del percorso nascita, compresi i pediatri di famiglia e i consultori familiari, nonché dei vertici aziendali e regionali. Tutti riconoscono la necessità di avere dati per guidare le azioni, e ci sono basi solide e diffuse per continuare la promozione della salute materno-infantile e dei determinanti di GenitoriPiù, ma vanno più curate le connessioni di rete anche per una maggiore omogeneità nei messaggi di salute proposti, includendo operatori dei servizi ancora troppo periferici, anche attraverso la condivisione dei dati raccolti.

Conclusioni

L'adesione delle mamme, la performance degli operatori, comprensiva di una valutazione attenta, critica e con un puntuale elenco delle difficoltà affrontate e delle soluzioni possibili, rappresentano il raggiungimento più che positivo del risultato atteso dal progetto. Per il futuro l'impegno del Veneto, con l'intenzione di mettere a regime la sorveglianza anche ai fini del Piano della Prevenzione, è di cercare per ogni singolo determinante il flusso informativo più appropriato in termini di qualità del dato (compresa la capacità di copertura del denominatore), coerenza con i tempi e le finestre temporali della fase di sviluppo del bambino (es. posizione supina alla I Esavalente, Meningococco B per l'allattamento al VI mese), valorizzando e mettendo in rete tutti i servizi del percorso nascita e i loro database (Cedap, SDO, Bilanci di salute, ecc.). Per la Sorveglianza 0-2 da attivare in corso di seduta vaccinale per periodi definiti e con un set di indicatori limitato, l'auspicio è di trasformare la Sorveglianza da "lavoro addizionale" a "risorsa" per conoscere i bisogni, rafforzare il rapporto di fiducia con i genitori, ampliare oltre le vaccinazioni lo spettro dei determinanti promossi, aumentare l'adesione all'offerta vaccinale. Tenendo distinto il momento della rilevazione dal momento dell'intervento, va in ogni modo ripensata e rivalorizzata la seduta vaccinale, anche come nodo di una rete più estesa e inclusiva possibile. Andrà prevista infine la possibilità di linkage per indagare variabili di stratificazione utili per la valutazione delle disuguaglianze (*Equity Lens/Equity Audit*).

Verso un Sistema di Sorveglianza Nazionale

Marta Buoncristiano^{ab}, Enrica Pizzi^a, Laura Lauria^a, Paola Nardone^a, Angela Spinelli^a, Serena Battilomo^c

^a*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

^c*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

Il lavoro svolto in questi due anni di Sperimentazione del Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute del bambino nei primissimi anni di vita ha mostrato, pur nei limiti della rappresentatività dei dati prodotti, come ci sia un ampio margine di miglioramento in termini di promozione di comportamenti salutari. Inoltre, i dati hanno messo in evidenza la presenza di rilevanti differenze tra i vari Distretti coinvolti per quanto riguarda i valori assunti dai vari indicatori (differenze fortemente influenzate da fattori socio-economici e culturali), confermando, ancora una volta, come la riduzione delle disuguaglianze sia un tema di salute rilevante anche per questa specifica fascia di popolazione.

A fronte di ciò, la valutazione della fattibilità e sostenibilità di un tale Sistema ha mostrato la presenza di luci ed ombre. I professionisti coinvolti nella esperienza hanno chiaramente indicato che è possibile ripetere e estendere la Sorveglianza purché vengano introdotte delle modifiche. In particolare, gli sforzi di revisione dovrebbero essere diretti a contenere il più possibile il carico di lavoro aggiuntivo per i Centri Vaccinali (CV) in modo da rendere più facile l'integrazione della Sorveglianza con la loro attività routinaria.

Nel prosieguo vengono riportate le **principali indicazioni** emerse dalla Sperimentazione e alcuni **spunti di riflessione** per quanto riguarda la definizione di un Sistema di Sorveglianza a carattere nazionale.

Setting di rilevazione

I CV sono luogo e risorsa principale per la Sorveglianza. Nelle Regioni in cui le vaccinazioni sono effettuate anche negli studi dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) o presso altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio i consultori familiari), al fine di non escludere una parte importante della popolazione, si rende necessario considerare tali contesti quali setting di rilevazione. Inoltre, il coinvolgimento attivo dei PLS nel reclutamento della popolazione target potrebbe essere importante laddove le coperture vaccinali siano particolarmente basse

Popolazione in studio

La popolazione in studio è composta dalle mamme che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale per la vaccinazione dei propri figli nei primi due anni di vita. La Sperimentazione ha mostrato come l'arruolamento nel CV permette di raggiungere la popolazione target con una certa facilità. Come conseguenza dei calendari vaccinali, nei CV è possibile arruolare principalmente mamme di bambini appartenenti ad alcune fasce d'età: da 2-5 mesi compiuti, 6-7 mesi (incluso, laddove possibile, la vaccinazione anti meningococco B come occasione di arruolamento) e 10-15 mesi. L'ampliamento dell'offerta vaccinale potrebbe in futuro offrire la possibilità di identificare nuove occasioni di arruolamento per la Sorveglianza.

Oggetto della rilevazione

La Sorveglianza Nazionale è finalizzata a raccogliere informazioni sui determinanti inclusi nel Programma GenitoriPiù. Il Progetto ha mostrato, infatti, come tutti questi determinanti siano ritenuti importanti dai vari stakeholders, sebbene ve ne siano alcuni percepiti come più rilevanti di altri (ad esempio, l'allattamento materno). Durante le varie occasioni di discussione pubblica dei risultati del Progetto (convegni nazionali e locali) è emersa, inoltre, la necessità di indagare altri determinanti di salute, quali, ad esempio, la sicurezza in auto e a casa (che sebbene parte del Programma GenitoriPiù non è stato incluso nella Sperimentazione) e la depressione post-partum.

A fronte di tale forte bisogno conoscitivo, la Sperimentazione ha evidenziato chiaramente anche la necessità di limitare il tempo da dedicare alla raccolta dati in modo da rendere maggiormente compatibile ed integrabile l'attività di rilevazione con quella routinaria normalmente svolta all'interno dei CV.

Al fine di coniugare queste due istanze contrastanti e rendere sostenibile la Sorveglianza del più ampio numero possibile di determinanti, sono state individuate due strategie: 1) identificare un gruppo ristretto di determinanti prioritari da indagare (sezione core) ad ogni edizione della Sorveglianza e prevedere la rilevazione degli altri determinanti a rotazione e/o 2) diversificare i determinanti indagati in base alla occasione vaccinale in cui avviene l'arruolamento (ad esempio si potrebbero raccogliere i dati sulla assunzione di acido folico solo alla 1^a e 2^a dose DTP).

Infine, è possibile che in alcuni contesti esistano fonti dati alternativi per uno o più determinanti che possono essere integrate nella Sorveglianza. La possibilità di sfruttare fonti già esistenti pone degli innegabili vantaggi operativi; tuttavia ci sono anche dei limiti di cui tenere conto. Si potrebbero, infatti, porre dei problemi di confrontabilità tra i vari territori laddove la fonte alternativa non fosse disponibile ovunque o non producesse dati direttamente confrontabili con quelli prodotti dalla Sorveglianza. Inoltre, non sarebbe possibile analizzare congiuntamente i vari comportamenti poiché rilevati su individui diversi.

Arruolamento nello studio

Per quanto riguarda l'arruolamento delle mamme nello studio, occorre considerare 3 aspetti principali: 1) i criteri con cui includere i CV nella Sorveglianza; 2) le occasioni vaccinali durante le quali arruolare le mamme e 3) i criteri di inclusione nello studio.

Criteri di inclusione dei centri vaccinali

La partecipazione di tutti i CV presenti sul territorio garantisce la copertura di tutta la popolazione e permette di minimizzare il carico di lavoro di ciascun CV (poiché è massimo il numero di centri tra cui ripartire il numero di questionari da compilare). In un'ottica di estensione a tutto il territorio nazionale, la partecipazione di tutti i CV implica un importante sforzo organizzativo a livello regionale sia per quanto riguarda la formazione degli operatori che effettueranno la raccolta dati che per quanto riguarda il coordinamento, la supervisione della stessa e il raccordo con un coordinamento centralizzato nazionale.

Al di là delle considerazioni strettamente legate alla rilevazione, occorre sottolineare

che, in base a quanto emerso dalla Sperimentazione, la Sorveglianza è stata una occasione di crescita professionale per gli operatori dei CV e di miglioramento delle relazioni utente-operatore. Tuttavia, nel caso non sia possibile coinvolgere tutti i CV operanti a livello regionale, è auspicabile che la Sorveglianza venga svolta in tutti gli ambiti territoriali in cui è articolato ciascun sistema sanitario regionale (Asl, Aree Vaste, ATS, ecc.) e che i CV partecipanti siano selezionati su base probabilistica.

Occasioni vaccinali da considerare nell'arruolamento

Data la popolazione target e il calendario vaccinale, la scelta delle occasioni vaccinali in cui arruolare le mamme è strettamente legata alla fascia d'età dei bambini che si vuole coprire con la Sorveglianza: ad esempio, se si è interessati solo ai bambini di 2-3 mesi, si potrebbe limitare l'arruolamento solo alla 1^a dose DTP, mentre se si è interessati a tutta la fascia 0-18 mesi occorre considerare, almeno, tutte e 3 le dosi DTP e la 1^a dose MPR.

D'altra parte per determinare quali fasce d'età si vuole avere rappresentate nello studio (e quindi le occasioni vaccinali da considerare per l'arruolamento) si devono tenere in considerazione due aspetti:

1. I determinanti da indagare, considerando che non tutti possono essere rilevati a tutte le età. Ad esempio, i dati sulla posizione in culla sono rilevabili solo sui bambini di età inferiore agli 8 mesi e questo implica un arruolamento alla 1^a e 2^a dose DTP; viceversa per la lettura ad alta voce è importante includere le mamme di bambini con età superiore ai 6 mesi e, quindi, considerare la 3^a dose DTP e la 1^a dose MPR.
2. La tipologia di indicatori che si intende produrre con i dati della Sorveglianza soprattutto per quei determinanti tempo-correlati. L'allattamento materno è un buon esempio in tal senso: se si è interessati a stimare l'andamento della prevalenza di allattamento esclusivo al crescere del bambino sarà necessario arruolare le mamme dei bambini almeno fino al primo anno d'età (arruolamento a 1^a, 2^a, 3^a dose DTP e 1^a dose MPR), cosa assolutamente non necessaria se si vuole stimare solo la prevalenza a sei mesi (arruolamento solo in occasione della 1^a e 2^a dose DTP).

Criteri di inclusione nello studio

Poiché in molti casi la Sorveglianza rileva informazioni sui comportamenti della mamma (vedi assunzione di acido folico, allattamento al seno, fumo e consumo di alcol in gravidanza e allattamento, ecc.), per aver un maggior livello di accuratezza nei dati raccolti, si è deciso di arruolare nella sperimentazione solo i bambini accompagnati dalle mamme. La quota di bambini esclusi perché non accompagnati dalla mamma è risultata molto contenuta (inferiore al 3%), pertanto tale criterio di selezione non sembra porre problemi di eventuali bias di selezione e può essere considerato anche in futuro.

L'arruolamento di ogni bambino eleggibile una sola volta nell'indagine appare come la soluzione più semplice dal punto di vista operativo, sia in fase di raccolta dati che di gestione ed analisi degli stessi. La Sperimentazione ha mostrato come questo criterio possa porre dei problemi laddove, a cause della base campionaria piccola rispetto alle numerosità richieste, la durata della raccolta dati sia superiore ai due mesi e l'arruolamento venga fatto contemporaneamente in varie occasioni vaccinali. Ad esempio, se si arruolano le mamme sia alla 1^a che alla 2^a dose DTP, data la vicinanza nel tempo delle due dosi, dopo 2 mesi non sarà possibile arruolare alla 2^a dose perché tutti o

quasi i bambini che si presenteranno al CV saranno già stati arruolati in occasione della 1^a dose DTP.

Se non si vuole incorrere in un allungamento del periodo di raccolta dati, occorre gestire questa criticità in fase di programmazione della rilevazione tenendo conto della capacità di arruolamento di ciascun centro (strettamente legata al numero di bambini che si rivolgono al centro per la vaccinazione) e del numero di mamme che il centro è chiamato ad arruolare. Si prevede che in un contesto di Sorveglianza Nazionale con produzione di stime rappresentative di realtà territoriali più ampie del Distretto, tale criticità si presenterà raramente. L'ampiezza della base campionaria in rapporto alle numerosità richieste dovrebbe, infatti, essere tale da garantire la possibilità di reclutare contemporaneamente rispetto a più dosi vaccinali ed in tempi decisamente più brevi di quelli riscontrati nella sperimentazione. Tuttavia, laddove non sia possibile concludere la rilevazione in 2/3 mesi, occorrerà prevedere momenti diversi di arruolamento a seconda della dose vaccinale in modo da avere sempre bambini arruolabili.

Numero di questionari da raccogliere (dimensione campionaria)

La Sperimentazione ha chiaramente evidenziato la necessità di ridurre il carico di lavoro che i CV dovranno fronteggiare per svolgere la Sorveglianza. La dimensione campionaria da raggiungere, ovvero il numero di questionari compilati da raccogliere ha, naturalmente, un forte impatto sul carico di lavoro.

Per definire la dimensione campionaria occorre fare delle scelte riconducibili principalmente ai seguenti 3 aspetti principali:

1. livello di rappresentatività delle stime che si vuole produrre. Per la Sperimentazione è stato scelto il Distretto quale unità rispetto alla quale produrre stime rappresentative ma, alla luce dei risultati della Sperimentazione, questa scelta non sembra sostenibile per il futuro. Una dimensione territoriale più ampia, quale la Regione o gli ambiti territoriali in cui sono articolati i sistemi sanitari regionali, limiterebbe notevolmente il carico di lavoro rendendo la raccolta dati più sostenibile.
2. popolazione target, ovvero i sotto-gruppi di popolazione, identificati in base all'età del bambino, rispetto ai quali produrre le stime. La dimensione campionaria complessiva aumenterà all'aumentare del numero di sotto-gruppi considerati.
3. livello di precisione delle stime che si vuole raggiungere e, più in generale, il tipo di disegno campionario adottato.

La sperimentazione ha sottolineato una forte eterogeneità in termini di caratteristiche organizzative, dotazione strutturale e capacità operativa tra i vari contesti in cui si è svolta la Sorveglianza. Tale risultato suggerisce di approcciare la definizione della dimensione campionaria in base a quelle che sono le aspettative (in termini di informazione prodotta dal Sistema di Sorveglianza) e le capacità operative specifiche di ciascuna Regione, garantendo al contempo la confrontabilità dei dati prodotti almeno a livello regionale.

Modalità di raccolta dati

Durante il Progetto sono state sperimentate diverse modalità di raccolta dati. Il processo di valutazione dell'esperienza non ha evidenziato particolari criticità legate ad

una specifica modalità di raccolta dati. Inoltre, il fatto di aver adottato modalità diverse non sembra aver inficiato la possibilità di fare dei confronti tra le varie realtà partecipanti. D'altra parte, tale scelta ha permesso a ciascun Distretto di adattare le modalità della rilevazione alle proprie peculiarità organizzative, rendendo più sostenibile l'esperienza.

In un'ottica di estensione ad altri territori (e di aumento della complessità ed eterogeneità delle realtà coinvolte), appare quindi naturale prevedere che in futuro possano essere adottate tutte le opzioni sperimentate.

La rete degli attori coinvolti

L'estensione della Sorveglianza ad altri territori comporta un aumento della complessità e articolazione del sistema rispetto al quale è opportuno dotarsi di organismi e figure che ne garantiscano il funzionamento a tutti i livelli (nazionale, regionale e sub-regionale). A tal fine, la Sorveglianza può essere organizzata come una rete di professionisti composta da:

- un **Comitato Tecnico** con funzioni di indirizzo e supporto tecnico-scientifico, soprattutto in relazione alla definizione di aspetti metodologici quali la costruzione degli strumenti di rilevazione e degli indicatori da produrre, e in relazione alla lettura e diffusione dei risultati;
- un **Coordinamento Nazionale** con funzioni di supporto tecnico-scientifico sul campionamento, la formazione, la definizione degli strumenti di rilevazione, il monitoraggio della raccolta dati, la validazione dei dati raccolti e la produzione degli indicatori desiderati;
- un **Referente Regionale** con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati a livello regionale;
- un **Referente Locale** con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati in ambito sub-regionale (Asl, ATS, Area Vasta, ecc.);
- i **Professionisti** delle strutture nelle quali si svolge la Sorveglianza (CV, studi dei PLS, consultori familiari, ecc.) che saranno coinvolti non solo nella raccolta dati ma anche nelle attività di divulgazione della Sorveglianza e di promozione dei comportamenti salutari per i bambini nei primissimi anni di vita.

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.

Inoltre è stata un'opportunità per la crescita professionale degli operatori coinvolti e un'importante occasione per diffondere, attraverso il materiale divulgativo, informazioni sui determinanti di salute indagati e sensibilizzare i genitori sui temi della prevenzione.

L'estensione della Sorveglianza all'intero territorio nazionale richiede un'attenta valutazione dei diversi contesti regionali. In particolare, per ciascuna Regione occorre tenere conto delle aspettative in termini di informazione prodotte, dell'eventuale presenza di sistemi di raccolta dati già consolidati, dell'articolazione dell'offerta vaccinale pediatrica e delle risorse che si è in grado di mobilitare per la Sorveglianza.

L'implementazione di una Sorveglianza Nazionale richiede, quindi, un importante sforzo di progettazione volto a disegnare un Sistema che, da una parte, tenga conto delle peculiarità di ciascuna Regione (e sia quindi sostenibile ovunque) e, dall'altra, garantisca la produzione di stime nazionali e il confronto territoriale. In questo contesto, appare più che mai cruciale che il Ministero della Salute si faccia promotore e sostenitore dei prossimi passi verso la realizzazione di un Sistema di Sorveglianza Nazionale.

APPENDICE A

GenitoriPiù: il razionale e le raccomandazioni sugli otto determinanti

1. Acido folico e prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre malformazioni congenite

Le malformazioni congenite colpiscono 1 su 30-50 nati. I difetti del tubo neurale e le cardiopatie congenite sono responsabili di circa la metà delle morti infantili da malformazioni congenite. Un apporto di acido folico più ampio di quello assunto con la normale alimentazione durante il periodo peri-concezionale rappresenta uno strumento importante per la prevenzione dei difetti congeniti. Tutte le donne in età fertile che programmano o non escludono la possibilità di una gravidanza dovrebbero assumere 0,4mg al giorno di supplemento vitaminico a base di acido folico.

2. Proteggere il bambino all'esposizione alle bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento

La salute del bambino è estremamente vulnerabile al consumo di bevande alcoliche durante la gravidanza e l'allattamento ma i danni sono totalmente evitabili con l'astensione. L'embrione, il feto e il lattante non hanno la capacità di metabolizzare l'alcol, che agisce come sostanza tossica. Il suo consumo è associato a aborti spontanei, parti pre-termine, basso peso alla nascita, morte perinatale, SIDS, e può determinare un insieme di disabilità fisiche e mentali di diversa gravità, denominato Fetal Alcohol Spectrum Disorder/s (FASD). Le donne in gravidanza devono astenersi completamente dall'uso di bevande alcoliche, così come durante l'allattamento. Nel caso di eventuale assunzione di modica quantità in allattamento, la poppata va distanziata di almeno due ore.

3. Proteggere il bambino dall'esposizione al fumo di tabacco in gravidanza e dopo la nascita

L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali. L'esposizione prenatale ai prodotti da fumo di tabacco aumenta il rischio di aborto spontaneo, di mortalità perinatale e di basso peso alla nascita. Esiste una forte associazione tra esposizione al fumo, SIDS e malattie respiratorie. Gli operatori sanitari dovrebbero informare correttamente i genitori sui rischi derivanti dal fumo di tabacco per la loro salute e per quella del loro bambino, direttamente e anche per l'esposizione al fumo passivo. Le donne in gravidanza non dovrebbero fumare, così come durante l'allattamento. Il persistere dell'abitudine non deve essere una ragione di interruzione dell'allattamento, che priverebbe il bambino di importanti benefici.

4. Promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento materno

L'allattamento materno è l'espressione di una meravigliosa potenzialità della donna che va oltre l'aspetto nutrizionale. L'allattamento al seno esclusivo per

i primi sei mesi, e complementare in seguito, assicura uno sviluppo psicofisico ottimale del bambino. Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nel promuoverlo, incoraggiandone anche un supporto sociale e familiare, nonché nel fare in modo che i servizi in cui lavorano siano organizzati per favorirlo e vengano evitate pratiche che lo scoraggiano. L'allattamento è un comportamento fisiologico che prima ancora di essere promosso, va protetto e sostenuto.

5. Posizione nel sonno e riduzione del rischio di morte improvvisa del lattante (SIDS)

Anche se molto studiata l'eziopatogenesi delle morti in culla è ancora sconosciuta. Il rischio di questo evento, raro ma drammatico, denominato SIDS per il suo carattere inaspettato e senza causa apparente, può essere ridotto con interventi semplici e di provata efficacia: la posizione supina nel sonno, l'astensione dal fumo da parte dei genitori, l'allattamento esclusivo. Va curato anche l'ambiente in cui il bambino dorme, mai eccessivamente caldo, e va evitato di far dormire il bambino su superfici troppo soffici e di coprirlo troppo. L'uso del succhiotto può avere un effetto protettivo dopo il mese di vita seguendo opportune precauzioni. La prima azione raccomandata è mettere il bambini supino (a pancia in su).

6. Promuovere la sicurezza in auto e in casa

Gli incidenti sono la prima causa di morte nella classe di età 0-14 anni, escluso il periodo perinatale. In auto, l'utilizzo di dispositivi di protezione certificati per il trasporto del bambino può prevenire traumi e ridurre la mortalità in caso di incidente. In casa, i genitori dovrebbero rendere l'ambiente più sicuro ma anche assumere stili di vita e attenzioni adeguate, tenendo conto alla fase di sviluppo del bambino e delle sue crescenti abilità ed attitudini esplorative dell'ambiente. Va promossa innanzitutto una "Cultura della Sicurezza".

7. Promuovere le vaccinazioni

Le vaccinazioni sono uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie. I possibili effetti collaterali delle vaccinazioni sono di gran lunga meno frequenti e di minore entità rispetto alle possibili complicazioni della malattia evitata. Tutti i genitori dovrebbero essere informati sulla pericolosità delle malattie prevenute con le vaccinazioni e sui rischi per la salute del proprio figlio e per la comunità derivanti dalla scelta di non vaccinarlo o di rimandare le vaccinazioni.

8. Promuovere la lettura precoce bambini

Leggere un libro ai bambini è una pratica che favorisce lo sviluppo sia cognitivo che emotivo del bambino e accresce le capacità genitoriali. Tutti i genitori dovrebbero essere informati sull'importanza della lettura ai bambini fin dai primi mesi di vita e ricevere semplici informazioni su "come" e "quando" leggere ai bambini, ricevere materiale e informazioni sui titoli o le pubblicazioni più adatti, essere incoraggiati nella consuetudine nel racconto di fiabe e filastrocche ai loro bambini.

APPENDICE B

Schede e Questionari utilizzati

Scheda Mappatura Distretti

Questionario Mappatura Centri Vaccinali

Questionario Mamma

Scheda Riassuntiva Aspetti Organizzativi/Procedurali

Questionario Valutazione Sorveglianza Operatori

Questionario Valutazione Sorveglianza Referenti

Questionario Valutazione Conoscenze Operatori

Mappatura dei Distretti coinvolti nel Progetto

DISTRETTO 1

Denominazione	
Direttore del distretto (Nome, cognome e indirizzo)	
Referente Progetto per il distretto	
Popolazione totale del distretto	
Numero di nati/anno (considerando tutti i Comuni inclusi nel distretto)	
Numero di centri/sedi vaccinali	

DISTRETTO 2

Denominazione	
Direttore del distretto (Nome, cognome e indirizzo)	
Referente Progetto per il distretto	
Popolazione totale del distretto	
Numero di nati/anno (considerando tutti i Comuni inclusi nel distretto)	
Numero di centri/sedi vaccinali	

DISTRETTO 3

Denominazione	
Direttore del distretto (Nome, cognome e indirizzo)	
Referente Progetto per il distretto	
Popolazione totale del distretto	
Numero di nati/anno (considerando tutti i Comuni inclusi nel distretto)	
Numero di centri/sedi vaccinali	

Questionario Mappatura dei centri/sedi vaccinali (CV)

Sezione A - Anagrafica del CV

A1. Regione e Distretto d'appartenenza:

Regione: _____

Distretto: _____

A2. Denominazione:

A3. Indirizzo:

A4. Quanti ambulatori vaccinali sono presenti all'interno del CV? _____

Sezione B - Operatività del CV

B1. Per ciascun ambulatorio presente nel CV, inserire il numero di giorni di apertura alla settimana:

Ambulatorio 1: _____

Ambulatorio 2: _____

Ambulatorio 3: _____

Ambulatorio 4: _____

B2. Per ciascun ambulatorio presente nel CV, inserire il numero medio di ore di apertura al giorno:

Ambulatorio 1: _____

Ambulatorio 2: _____

Ambulatorio 3: _____

Ambulatorio 4: _____

B3. Osservazioni utili a migliorare la comprensione delle modalità di apertura:

B4. Per ciascun ambulatorio presente nel CV, inserire il numero medio di individui che vengono vaccinati al giorno:

Ambulatorio 1: _____

Ambulatorio 2: _____

Ambulatorio 3: _____

Ambulatorio 4: _____

B5. Per ciascuna delle seguenti vaccinazioni pediatriche, inserire il numero complessivo di bambini vaccinati nel 2013 (se non si ha il dato relativo al 2013, inserire l'ultimo disponibile):

Difterite-Tetano-Pertosse 1° dose: _____

Difterite-Tetano-Pertosse 2° dose: _____

Difterite-Tetano-Pertosse 3° dose: _____

Morbillo-Parotite-Rosolia 1° dose: _____

Sezione C - CV e Consultorio familiare

C1. Il CV ha un rapporto funzionale/operativo con il consultorio familiare di riferimento?

☐ Sì

☐ No, non c'è alcun rapporto con il consultorio familiare di riferimento

☐ No, l'area cui afferisce il CV non è dotata di un consultorio familiare → Vai a Sez. D

C2. Il CV è ubicato all'interno della sede consultoriale o comunque nelle sue vicinanze?

☐ Sì, è ubicato nella stessa sede del consultorio familiare

☐ Sì, è ubicato vicino al consultorio familiare

☐ No

C3. Osservazioni utili a migliorare la comprensione del rapporto tra CV e consultorio familiare

Sezione D - Risorse umane del CV

D1. Per ciascun ambulatorio presente nel CV, indicare quanti operatori sono coinvolti nella seduta vaccinale (accoglienza, anamnesi, erogazione vaccino, registrazione dati, ecc.):

Ambulatorio 1: _____

Ambulatorio 2: _____

Ambulatorio 3: _____

Ambulatorio 4: _____

D2. Quali figure professionali sono coinvolte nella seduta vaccinale (accoglienza, anamnesi, erogazione vaccino, registrazione dati, ecc.):

☐ Medico

☐ Infermiere

☐ Assistente sanitario

☐ Altro (Specificare: _____)

D3. Quale figura professionale raccoglie e registra l'anamnesi?

- ☐ Medico
☐ Infermiere
☐ Assistente sanitario
☐ Altro (Specificare: _____)

D4. Osservazioni utili a migliorare la comprensione della dotazione di risorse professionali operanti nel CV

Sezione E - Modalità di registrazione delle informazioni raccolte durante la seduta vaccinale

E1. Come vengono registrate le informazioni su anamnesi e vaccinazione?

- ☐ Le informazioni vengono registrate direttamente su supporto informatico → Vai a E5
☐ Le informazioni vengono registrate su carta e solo successivamente vengono inserite su supporto informatico
☐ Le informazioni vengono registrate solo su carta → Vai a E4
☐ Altra modalità (Specificare: _____)

E2. La registrazione su supporto informatico avviene all'interno del CV?

- ☐ Sì → Vai a E5
☐ No → Vai a E3

E3. Qual è il soggetto esterno preposto alla registrazione dei dati su supporto informatico? → Vai a E5

E4. Indicare, se esiste, un soggetto esterno al CV che riporta i dati dal supporto cartaceo a quello informatico: → Vai a E5

E5. Osservazioni utili a migliorare la comprensione della modalità di registrazione dei dati su anamnesi e vaccinazione:

Sezione F - Dotazione informatica

F1. Durante la fase di anamnesi è disponibile un computer?

- ☐ Sì
☐ No → Vai a F3

F2. Il computer a disposizione durante la fase di anamnesi ha la connessione internet?

☐ Sì → Vai a F4

☐ No → Vai a F3

F3. Il CV dispone di un computer con connessione Internet?

☐ Sì

☐ No

F4. Osservazioni utili a migliorare la comprensione della dotazione informatica del CV:

Sezione G - Software in uso nel CV per la registrazione dei dati relativi ad anamnesi e vaccinazione

G1. Il CV è dotato di un software specifico per la registrazione dei dati relativi alla anamnesi e alla vaccinazione?

☐ Sì

☐ No

G2. Il software in dotazione al CV è in uso:

☐ Solo nel CV

☐ In tutti i CV del distretto

☐ In tutti i CV della ASL

☐ In tutti i CV della regione

G3. Il software è di proprietà di:

☐ CV

☐ Distretto

☐ ASL

☐ Regione

☐ Altro soggetto (Specificare: _____)

G4. Indicare il soggetto preposto alla integrazione/modifica del software:

G5. Indicare il soggetto preposto alla gestione dei dati:

G6. Osservazioni utili a migliorare la comprensione del software in dotazione al CV:

Sezione H - Esperienze di raccolta di informazione sui determinanti di salute nei bambini da 0 a 2 anni

H1. Nel CV, è attualmente attivo un sistema di raccolta di informazioni su uno o più dei seguenti determinanti di salute?

- ☐ Sì, sull'assunzione di acido folico in periodo peri-concezionale
- ☐ Sì, sull'assunzione di alcol in gravidanza e/o in allattamento
- ☐ Sì, sull'abitudine al fumo in gravidanza e/o l'esposizione al fumo passivo per il neonato
- ☐ Sì, sull'allattamento al seno
- ☐ Sì, sulla posizione del neonato durante il sonno
- ☐ Sì, sulla sicurezza in auto e in casa
- ☐ Sì, sulla lettura ad alta voce ai bambini
- ☐ Sì, su altri determinanti (Specificare: _____)
- ☐ No → Vai a H2

Sez I

H2. Nel CV, in precedenza sono state raccolte informazioni su uno o più dei seguenti determinanti di salute?

- ☐ Sì, sull'assunzione di acido folico in periodo peri-concezionale
- ☐ Sì, sull'assunzione di alcol in gravidanza e/o in allattamento
- ☐ Sì, sull'abitudine al fumo in gravidanza e/o l'esposizione al fumo passivo per il neonato
- ☐ Sì, sull'allattamento al seno
- ☐ Sì, sulla posizione del neonato durante il sonno
- ☐ Sì, sulla sicurezza in auto e in casa
- ☐ Sì, sulla lettura ad alta voce ai bambini
- ☐ Sì, su altri determinanti (Specificare: _____)
- ☐ No

Sezione I - Altre informazioni

I1. Osservazioni utili ad una migliore comprensione dell'organizzazione operativa e funzionale dei CV

I2. Inserire i riferimenti della persona cui chiedere eventuali chiarimenti e/o integrazioni su quanto dichiarato nella presente scheda di rilevazione:

Nome e cognome: _____

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

Questo materiale è stato preparato nell'ambito del Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù" realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM.



SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUGLI OTTO DETERMINANTI DI SALUTE
DEL BAMBINO, DAL CONCEPIMENTO AI 2 ANNI DI VITA, INCLUSI NEL
PROGRAMMA GENITORIPIÙ

A CURA DELL'OPERATORE

Distretto _____

Codice Identificativo Distretto

Codice Identificativo Ambulatorio

N° progressivo questionario

Data di compilazione
gg mm aa

Dose vaccinale a cui è stato sottoposto il bambino

☐ 1^a dose DTP ☐ 2^a dose DTP ☐ 3^a dose DTP ☐ 1^a dose MPR

Altre vaccinazioni: dose e tipo _____

Il bambino ha fatto tutte le vaccinazioni raccomandate dal calendario vaccinale?

☐ Sì ☐ No, ne ha fatte solo alcune ☐ No, questa è la prima vaccinazione



La madre ha deciso di rispondere al Questionario?

☐ Sì ☐ No

Caro genitore,

Le chiediamo alcuni minuti di disponibilità per la compilazione del presente questionario.

La Sua collaborazione sarà di grande utilità per conoscere i comportamenti dei genitori nei primi 2 anni di vita del proprio figlio.

Il questionario fa parte di una ricerca, promossa dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, sui comportamenti che promuovono la salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita.

Nelle prossime pagine Le faremo alcune domande.

La preghiamo di rispondere facendo riferimento al bambino che ha portato alla vaccinazione.

Il questionario va compilato dalla madre del bambino e solo nel caso il bambino abbia meno di 2 anni.

Risponda, gentilmente, a tutte le domande mettendo una crocetta su una risposta.

SEZIONE A - ALLATTAMENTO MATERNO

La preghiamo di rispondere a tutte le domande della sezione

A1. Nelle ultime 24 ore il Suo bambino ha preso latte materno?

☐ Sì ☐ No

Se NO, indichi gentilmente quando il bambino ha smesso di essere allattato al seno

età: n. mesi n. giorni

☐ Il bambino fin dalla nascita ha preso latte artificiale (non è mai stato allattato al seno)

A2. Nelle ultime 24 ore il Suo bambino ha preso latte artificiale?

☐ Sì ☐ No

A3. Nelle ultime 24 ore il Suo bambino ha preso latte vaccino?

☐ Sì ☐ No

A4. Nelle ultime 24 ore il Suo bambino ha preso altri liquidi oltre al latte?

☐ Sì ☐ No

(per es. acqua, tisane, succhi, altro)

A5. Nelle ultime 24 ore il Suo bambino ha preso altri alimenti?

☐ Sì ☐ No

(per es. frutta, pappa, biscotto, creme, yogurt, cibi solidi)

SEZIONE B - ABITUDINE AL FUMO

B1. Il padre del bambino attualmente fuma?

☐ Sì ☐ No

B2. Lei, madre del bambino, fuma attualmente o ha fumato in passato?

☐ Sì ☐ No

Se SÌ, risponda a tutte le seguenti domande

B2a. Fumava negli ultimi mesi prima della gravidanza?

☐ Sì ☐ No

B2b. Ha fumato durante la gravidanza?

☐ Sì ☐ No

B2c. Fuma attualmente?

☐ Sì ☐ No

SEZIONE C - POSIZIONE IN CULLA

C1. In quale posizione di solito mette il bambino a dormire? (dare una sola risposta)

☐ A pancia in giù

☐ A pancia in su

☐ Di lato

☐ Nessuna in particolare

SEZIONE D - LETTURA

D1. Durante l'ultima settimana, in quanti giorni Lei o il Suo partner avete letto libri al vostro bambino?

☐ Mai

☐ 1 giorno

☐ 2 giorni

☐ 3 giorni

☐ 4 giorni

☐ 5 giorni

☐ 6 giorni

☐ Tutti i giorni

D2. Lei, madre del bambino, ha letto libri negli ultimi 12 mesi?

(considerare solo i libri letti per motivi non strettamente scolastici o professionali)

☐ No

Se sì, quanti?

SEZIONE E - ACIDO FOLICO

E1. La gravidanza di questo figlio è stata programmata?

- ☐ Sì, è stata programmata
- ☐ No, ma non ne escludevamo la possibilità
- ☐ No, non è stata programmata
- ☐ Preferisco non rispondere a questa domanda

E2. Ha mai sentito parlare di acido folico?

☐ Sì

☐ No

➡ Se NO, passi alla sezione F

E3. Ha preso acido folico in occasione di questa gravidanza?

☐ Sì

☐ No

➡ Se SÌ, risponda a tutte le seguenti domande

E3a. Ha preso acido folico prima di rimanere incinta?

☐ Sì

☐ No

E3b. Ha preso acido folico durante i primi 3 mesi della gravidanza?

☐ Sì

☐ No

E3c. Ha preso acido folico durante tutta la gravidanza?

☐ Sì

☐ No

SEZIONE F - CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE

F1. In passato ha bevuto o attualmente beve bevande alcoliche?

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

☐ Sì

☐ No

➡ Se NO, passi alla sezione G

F2. Durante la gravidanza, quante volte ha bevuto bevande alcoliche?

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

☐ Mai

☐ 1-2 volte al mese

☐ 2-3 volte a settimana

☐ 3-4 volte al mese

☐ 4 o più volte a settimana

➡ Se MAI, passi alla domanda F4

F3. Durante la gravidanza, quante volte ha bevuto 4 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione?

(Per unità di bevanda alcolica intendiamo un bicchiere di vino, o una lattina di birra, o un aperitivo, o un bicchierino di liquore)

☐ Mai

☐ 1-2 volte al mese

☐ 2-3 volte a settimana

☐ 3-4 volte al mese

☐ 4 o più volte a settimana

F4. Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte ha bevuto bevande alcoliche?

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

☐ Mai

☐ 1-2 volte al mese

☐ 2-3 volte a settimana

☐ 3-4 volte al mese

☐ 4 o più volte a settimana

➡ Se MAI, passi alla sezione G

F5. Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte ha bevuto 4 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione?

(Per unità di bevanda alcolica intendiamo un bicchiere di vino, o una lattina di birra, o un aperitivo, o un bicchierino di liquore)

☐ Mai

☐ 1-2 volte al mese

☐ 2-3 volte a settimana

☐ 3-4 volte al mese

☐ 4 o più volte a settimana

SEZIONE G - VACCINAZIONI

G1. Intende vaccinare in futuro Suo figlio?

- ☐ Sì, per tutte le vaccinazioni
☐ Sì, ma solo per alcune vaccinazioni
☐ Non ho ancora deciso
☐ No

SEZIONE H - ALCUNE CARATTERISTICHE DEL BAMBINO E DEI GENITORI

H1. Età del bambino mesi giorni Sesso ☐ M ☐ F

H2. In che settimana di gravidanza è nato il bambino?

- ☐ a termine o dopo il termine (37 settimane o più)
☐ prematuro (meno di 37 settimane) ➡ indicare n. di settimane

H3. Quanti figli ha (incluso il bambino che sta vaccinando)?

H4. Ha seguito un corso di preparazione al parto/di accompagnamento alla nascita?

- In questa gravidanza ☐ Sì ☐ No
In una precedente gravidanza ☐ Sì ☐ No

H5. Ad oggi, ha ripreso a lavorare?

- ☐ Sì ☐ No ☐ Non ho una occupazione



Se Sì, dopo quanto tempo dal parto ha ricominciato a lavorare?

- ☐ Meno di un mese n. mesi

H6. Anno di nascita: Madre Padre

H7. Cittadinanza: Madre _____ Padre _____

H8. Nazione di nascita: Madre _____ Padre _____

H9. Titolo di studio conseguito: Madre Padre

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nessuno | ☐ | ☐ |
| Licenza elementare (almeno 5 anni di studio) | ☐ | ☐ |
| Licenza media (almeno 8 anni di studio) | ☐ | ☐ |
| Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio) | ☐ | ☐ |
| Laurea (almeno 16 anni di studio) | ☐ | ☐ |

H10. Situazione familiare:

- ☐ Coppia stabilmente convivente ☐ Genitore solo

H11. Con i soldi a Sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?

- ☐ Molto facilmente
☐ Abbastanza facilmente
☐ Con qualche difficoltà
☐ Con molte difficoltà

La ringraziamo per la Sua cortese collaborazione e
La preghiamo di riconsegnare il questionario all'operatore.





**SCHEDA RIASSUNTIVA ASPETTI ORGANIZZATIVI/PROCEDURALI
DEI CENTRI VACCINALI PARTECIPANTI AL PROGETTO “SISTEMA
DI SORVEGLIANZA SUGLI OTTO DETERMINANTI DI SALUTE DEL
BAMBINO, DAL CONCEPIMENTO AI 2 ANNI DI VITA”**

Unità Operativa _____

Informazioni Generali

1. Alla Sorveglianza hanno partecipato tutti i Centri/Ambulatori Vaccinali presenti nel Distretto? (SI/NO)
- 1a. Se no, indicare il numero totale dei Centri/Ambulatori Vaccinali presenti nel Distretto e il numero di quelli che non hanno partecipato con la relativa motivazione

2. Per ciascun Centro/Ambulatorio Vaccinale coinvolto nella Sorveglianza indicare quale modalità di somministrazione del questionario è stata utilizzata (inserire una crocetta nella colonna corrispondente)

Centri/Ambulatori Vaccinali	Cartaceo autosomministrato	Cartaceo somministrato dall'operatore

3. Indicare il numero di persone che hanno ricevuto la formazione prevista dal Progetto e il numero di persone che hanno attivamente partecipato alla Sorveglianza (attività di somministrazione/controllo/ritiro dei questionari e/o di inserimento dei dati nel software) specificando se si tratta di personale interno o esterno al Centro/Ambulatorio Vaccinale.

	Numero di persone che sono state formate	Numero di persone che hanno attivamente partecipato alla Sorveglianza
Personale interno al Centro/Ambulatorio Vaccinale		
Personale esterno al Centro/Ambulatorio Vaccinale ma comunque appartenente alla ASL		
Personale esterno alla ASL appositamente arruolato per la Sorveglianza		
Altro personale		

4. Per ciascuna persona che ha attivamente partecipato alla Sorveglianza fornire le seguenti informazioni:
- il Centro/Ambulatorio Vaccinale in cui ha operato (nel caso in cui siano più di uno indicarli tutti)
 - la figura professionale (medico, infermiere, assistente sanitario o altro)
 - l'attività svolta nell'ambito della Sorveglianza (arruolamento nell'indagine, somministrazione/supporto alla compilazione, ritiro e controllo del questionario, inserimento dati nel software, supervisione della raccolta dati)
 - se ha o meno ricevuto un incentivo economico

Compilare il prospetto che segue.

Centro - Ambulatorio Vaccinale (Inserire codice)*	Figura professionale**	Attività svolta nell'ambito della Sorveglianza***					Presenza di incentivo economico (Si/No)
		Arruolamento nell'indagine	Somministrazione o supporto alla compilazione del questionario	Ritiro e controllo del questionario	Inserimento dei dati nel software	Supervisione delle attività	
PERSONALE INTERNO AL CENTRO/AMBULATORIO VACCINALE							
Persona 1							
Persona 2							
Persona 3							
Persona 4							
PERSONALE ESTERNO AL CENTRO/AMBULATORIO VACCINALE MA APPARTENENTE ALLA ASL							
Persona 1							
Persona 2							
Persona 3							
Persona 4							
PERSONALE ESTERNO ALLA ASL APPOSITAMENTE ARRUOLATO PER LA SORVEGLIANZA							
Persona 1							
Persona 2							
Persona 3							
Persona 5							
ALTRO PERSONALE							
Persona 1							
Persona 2							
Persona 3							
Persona 5							

* Inserire il codice ambulatorio assegnato per l'inserimento dati nel software

** Inserire: medico, infermiere, assistente sanitario, ecc.

*** Inserire una crocetta nella colonna corrispondente all'attività svolta. Nel caso di "Altra attività" specificare quale.

5. Descrivere per ogni CV come si è svolta la Sorveglianza al fine di comprenderne gli aspetti organizzativi/procedurali (ovvero ogni elemento utile per comprendere il contesto dove si è svolta la rilevazione ad esempio come viene accolta la mamma, dove si svolge la compilazione del questionario ecc.. Se nei CV con più ambulatori ci sono state delle differenze organizzative/procedurali tra i diversi ambulatori specificarlo nella descrizione)

Sede Vaccinale

Sede Vaccinale

Sede Vaccinale

Questo materiale è stato preparato nell'ambito del Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù" realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM.



QUESTIONARIO VALUTAZIONE OPERATORI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI (QUESTIONARIO ON-LINE)



Gentile Operatore,

nel ringraziarla per aver partecipato al Progetto “Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù”, le chiediamo di rispondere al presente questionario che ha la finalità di raccogliere osservazioni e riflessioni sull’esperienza appena conclusa.

Quanto emergerà dai risultati sarà per noi molto importante perché ci darà preziose ed indispensabili indicazioni sulla fattibilità di questa Sorveglianza nei Centri Vaccinali in un’ottica di generalizzazione del Sistema di Sorveglianza a livello nazionale.

Il questionario è suddiviso in aree tematiche riferite alle varie fasi della Sorveglianza. La preghiamo di rispondere a tutte le domande relative alle attività che l’hanno coinvolta esprimendo liberamente le sue osservazioni.

Le ricordiamo che il questionario è anonimo, i dati raccolti ed elaborati dall’Istituto Superiore di Sanità, saranno trattati nella sola forma aggregata, in ottemperanza al D.Lgs. 196/2003.



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

SEZIONE A - Informazioni generali

Indichi il Distretto Sanitario in cui ha operato nell'ambito del Progetto

- ☐ Distretto n. _____
☐ Distretto n. _____

Nel caso in cui si sia occupato solo dell'inserimento dei dati nel software, indichi tutti i Distretti da cui provenivano i questionari cartacei che ha inserito

Indichi tutti i centri vaccinali in cui ha operato nell'ambito del Progetto

- ☐ Centro Vaccinale di _____
☐ Centro Vaccinale di _____

Nel caso in cui si sia occupato solo dell'inserimento dei dati nel software, indichi tutti i centri vaccinali da cui provenivano i questionari cartacei che ha inserito

- ☐ Ambulatorio Vaccinale di _____
☐ Ambulatorio Vaccinale di _____

Nel caso in cui si sia occupato solo dell'inserimento dei dati nel software, indichi tutti gli ambulatori vaccinali da cui provenivano i questionari cartacei che ha inserito

Figura professionale

- ☐ Pediatra
☐ Altro medico
☐ Infermiere pediatrico
☐ Altro Infermiere
☐ Assistente sanitario
☐ Altro

Indichi il suo inquadramento professionale

- ☐ Personale interno al centro/ambulatorio vaccinale
☐ Personale esterno al centro/ambulatorio vaccinale ma interno alla ASL
☐ Personale esterno alla ASL appositamente arruolato per il Progetto
☐ Altro

Indichi la sua età

SEZIONE B - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto

Quale delle seguenti attività ha svolto nell'ambito della Sorveglianza?

(è possibile indicare più di una attività)

- ☐ Arruolamento nell'indagine (illustrare le finalità dell'indagine alla madre, invitare alla partecipazione e registrarne l'esito)
- ☐ Somministrazione delle domande del questionario alla madre (porre le domande del questionario alla madre e registrarne le risposte sul cartaceo)
- ☐ Distribuzione del materiale informativo o altra attività di informazione rivolta alle madri partecipanti
- ☐ Inserimento dei dati nel software
- ☐ Supervisione delle attività di raccolta dati all'interno del centro/ambulatorio vaccinale
- ☐ Altra attività
- ☐ Non ho svolto alcuna attività nell'ambito della Sorveglianza

Specifichi quale altra attività ha svolto nell'ambito della Sorveglianza

Ha avuto difficoltà nello svolgimento delle seguenti attività?

	Sempre	Spesso	Solo qualche volta	Mai	Nessuna risposta
Arruolamento nell'indagine	☐	☐	☐	☐	☐
Somministrazione delle domande del questionario	☐	☐	☐	☐	☐
Distribuzione del materiale informativo o altra attività di informazione rivolta alle madri partecipanti	☐	☐	☐	☐	☐
Inserimento dei dati nel software	☐	☐	☐	☐	☐
Supervisione delle attività di raccolta dati all'interno della centro/ambulatorio vaccinale	☐	☐	☐	☐	☐
Altra attività	☐	☐	☐	☐	☐

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi quanto tempo ha dedicato, in media, a ciascuna madre (tempo in minuti)

Arruolamento nell'indagine _____

Somministrazione delle domande del questionario _____

Distribuzione del materiale informativo/informare le madri _____

SEZIONE B 1 - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto**ARRUOLAMENTO**

Pensi all'ATTIVITÀ DI ARRUOLAMENTO delle madri nell'indagine da lei svolta ed esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente	Non so
La finalità dell'indagine non era chiara ed è risultato difficile spiegarla alle madri	☐	☐	☐	☐	☐
Il tempo a disposizione per illustrare la finalità dell'indagine non era sufficiente	☐	☐	☐	☐	☐
Le condizioni ambientali erano tali da rendere difficoltosa la comunicazione con la madre	☐	☐	☐	☐	☐
La madre era presa da altre preoccupazioni e non era, pertanto, ricettiva rispetto a quanto le veniva detto	☐	☐	☐	☐	☐
La mancanza di materiale tradotto in altre lingue ha reso difficile l'arruolamento di madri straniere	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE B 2 - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto**SOMMINISTRAZIONE**

Pensi all'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE del questionario da lei svolta ed esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente	Non so
Il questionario non era chiaro	☐	☐	☐	☐	☐
Le madri si sono sentite in imbarazzo o si sono mostrate riluttanti a rispondere al questionario	☐	☐	☐	☐	☐
Il tempo a disposizione per la somministrazione era poco	☐	☐	☐	☐	☐
Le condizioni ambientali erano tali da rendere difficoltosa la somministrazione del questionario	☐	☐	☐	☐	☐
La madre era presa da altre preoccupazioni e non aveva la possibilità di concentrarsi sulle domande che le venivano poste	☐	☐	☐	☐	☐
La mancanza di questionari tradotti in altra lingua ha reso difficile la somministrazione del questionario a madri straniere	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE B 3 - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto
DISTRIBUZIONE

Pensi all'ATTIVITÀ DI DISTRIBUZIONE DI MATERIALE INFORMATIVO/INFORMAZIONE RIVOLTA ALLE MADRI da lei svolta ed esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente	Non so
Le madri andavano via senza prendere il materiale informativo	☐	☐	☐	☐	☐
Il tempo a disposizione non era sufficiente per informare le madri	☐	☐	☐	☐	☐
Le condizioni ambientali erano tali da rendere difficoltoso l'attività di informazione	☐	☐	☐	☐	☐
La madre era presa da altre preoccupazioni e non era, pertanto, ricettiva rispetto a quanto le veniva detto	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE B 4 - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto
INSERIMENTO DATI

Pensi all'ATTIVITÀ DI INSERIMENTO DATI NEL SOFTWARE da lei svolta, quanto tempo ha impiegato, in media, per inserire un questionario?

Tempo in minuti _____

Indichi le 3 principali difficoltà incontrate nell'inserimento dei dati nel software

Prima difficoltà _____

Seconda difficoltà _____

Terza difficoltà _____

SEZIONE B 5 - Valutazione delle attività svolte nell'ambito del Progetto
SUPERVISIONE

Pensi all'ATTIVITÀ DI SUPERVISIONE DELLA RACCOLTA DATI da lei svolta, quanto tempo ha dedicato, in media, al giorno a tale attività?

Tempo in minuti _____

Indichi le 3 principali difficoltà incontrate nella supervisione della raccolta dati

Prima difficoltà _____

Seconda difficoltà _____

Terza difficoltà _____

Ha ricevuto un incentivo economico per partecipare al Progetto?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Nessuna risposta

SEZIONE C - Valutazione della formazione finalizzata alla Sorveglianza

Ha partecipato alla formazione realizzata dalla Regione/Distretto/Asl finalizzata alla Sorveglianza?

- ☐ Si
- ☐ No

Rispetto alle attività che ha svolto nell'ambito della Sorveglianza, ritiene che la formazione sia stata

- ☐ Per niente adeguata
- ☐ Poco adeguata
- ☐ Adeguata
- ☐ Molto adeguata
- ☐ Non so

Ritiene che ci siano delle tematiche che durante la formazione avrebbero potuto essere approfondite meglio?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Non so

Indichi le tematiche che avrebbero dovuto essere approfondite meglio durante la formazione

Ritiene che ci siano degli aspetti importanti della Sorveglianza che non sono stati affrontati durante la formazione?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Non so

Indichi le tematiche importanti per la Sorveglianza che non sono state affrontate durante la formazione

SEZIONE D - Valutazione del questionario utilizzato nella Sorveglianza

Esprima un voto da 1 a 10 sulla difficoltà incontrata dalle madri nel rispondere alle domande.

Consideri che: 1=difficoltà minima; 10=difficoltà massima

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non so
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ritiene che nel questionario ci siano dei quesiti rispetto ai quali le madri hanno mostrato maggiori difficoltà di comprensione?

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

Indichi i quesiti rispetto ai quali le madri hanno mostrato maggiori difficoltà di comprensione

Quesito 1 _____
Quesito 2 _____
Quesito 3 _____
Quesito 4 _____
Quesito 5 _____

Se lo ritiene utile, può consultare il Questionario utilizzato durante la Sorveglianza che trova in allegato alla mail con cui le è stato inviato il link alla presente indagine.

Ritiene che nel questionario ci siano dei quesiti rispetto ai quali le madri hanno mostrato maggiore riluttanza a rispondere?

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

Indichi i 3 principali motivi

Primo motivo _____
Secondo motivo _____
Terzo motivo _____

Indichi i quesiti rispetto ai quali le madri hanno mostrato maggiore riluttanza a rispondere:

Quesito 1 _____
Quesito 2 _____
Quesito 3 _____
Quesito 4 _____
Quesito 5 _____

Se lo ritiene utile, può consultare il Questionario utilizzato durante la Sorveglianza che trova in allegato alla mail con cui le è stato inviato il link alla presente indagine.

Si è sentito in difficoltà a porre alcune domande del questionario alle madri?

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

Indichi i 3 principali motivi:

Primo motivo _____

Secondo motivo _____

Terzo motivo _____

Indichi i quesiti rispetto ai quali si è sentito in difficoltà

Quesito 1 _____

Quesito 2 _____

Quesito 3 _____

Quesito 4 _____

Quesito 5 _____

Se lo ritiene utile, può consultare il Questionario utilizzato durante la Sorveglianza che trova in allegato alla mail con cui le è stato inviato il link alla presente indagine.

SEZIONE E - Valutazione dei rapporti interni al centro/ambulatorio vaccinale e con i referenti di progetto

Esprima un voto da 1 a 10 sulla qualità della collaborazione tra gli operatori che hanno partecipato alla Sorveglianza.

Consideri che: 1=pessima; 10=ottima

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non so
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Esprima un voto da 1 a 10 sulla qualità del supporto ricevuto dai referenti della Sorveglianza (referente regionale, di distretto e di asl).

Consideri che: 1=pessima; 10=ottima

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non so	Figura non presente
Referente Regionale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Referente Distretto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Referente ASL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SEZIONE F - Valutazione complessiva dell'esperienza

Esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente	Non so
La Sorveglianza è stata una importante occasione per promuovere comportamenti a favore della salute dei bambini tra le madri	☐	☐	☐	☐	☐
La Sorveglianza è stata una importante occasione di collaborazione tra centro vaccinale e consultorio familiare/altri servizi	☐	☐	☐	☐	☐
Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza sono di grande interesse per coloro che si occupano di salute in età infantile	☐	☐	☐	☐	☐

Prima di iniziare le sue attività nell'ambito della Sorveglianza, nutriva delle aspettative rispetto all'esperienza che si accingeva a fare?

- ☐ Sì
☐ No

Indichi le sue aspettative

Esprima un voto da 1 a 10 sulla grado di soddisfazione delle sue aspettative

Consideri che: 1=per niente; 10=pienamente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rispetto allo svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale, ritiene che l'esperienza della Sorveglianza abbia comportato
(è possibile scegliere più di una risposta)

- ☐ L'impossibilità di svolgere le normali attività
☐ Un rallentamento nel normale svolgimento delle attività
☐ La necessità di operare una riorganizzazione delle risorse interne al centro/ambulatorio vaccinale
☐ La necessità per gli operatori del centro/ambulatorio di fare degli straordinari
☐ La necessità di aumentare l'organico dedicato allo svolgimento delle normali attività
☐ La necessità di avere personale esterno da dedicare solo alla Sorveglianza
☐ Nessuna delle precedenti opzioni
☐ Non so

Che tipo di impatto ritiene che l'esperienza della Sorveglianza abbia avuto sullo svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?

- ☐ Molto positivo
- ☐ Positivo
- ☐ Negativo
- ☐ Molto negativo
- ☐ Nessun impatto
- ☐ Non so

Indichi in che modo le attività della Sorveglianza hanno determinato un peggioramento nello svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Indichi in che modo le attività della Sorveglianza hanno determinato un miglioramento nello svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Ritiene che l'esperienza della Sorveglianza possa essere ripetuta all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?

- ☐ Sì, l'esperienza è riproducibile così come è stata sperimentata
- ☐ Sì, ma solo introducendo alcune modifiche
- ☐ No
- ☐ Non so

Di seguito sono elencati alcuni aspetti della Sorveglianza, può selezionare quelli che ritiene dovrebbero essere modificati?

- ☐ Numero di determinanti indagati
- ☐ Complessità delle domande poste
- ☐ Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza
- ☐ Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale
- ☐ Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati
- ☐ Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza
- ☐ Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza
- ☐ Altro
- ☐ Non so

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione al "Numero di determinanti indagati e/o complessità delle domande poste":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione al "Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alla "Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alle "Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione agli "Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alla "Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza":

Indichi quali altre modifiche andrebbero introdotte:

Di seguito sono elencati alcuni aspetti della Sorveglianza, indichi quanto ciascuno di essi è di ostacolo alla ripetizione dell'esperienza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Non so
Numero di determinanti indagati	☐	☐	☐	☐	☐
Complessità delle domande poste	☐	☐	☐	☐	☐
Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐
Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale	☐	☐	☐	☐	☐
Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati	☐	☐	☐	☐	☐
Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐
Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐

Indichi eventuali altri elementi che sono di ostacolo alla ripetizione della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Il suo contributo è molto importante al fine di valutare l'esperienza della Sorveglianza e l'opportunità che essa possa essere ripetuta o estesa ad altre realtà territoriali. Le chiediamo, pertanto, di indicare eventuali altre considerazioni e/o suggerimenti

GRAZIE PER AVER PARTECIPATO!



QUESTIONARIO VALUTAZIONE REFERENTI SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI (QUESTIONARIO ON-LINE)



Gentilissimo/a,

le chiediamo gentilmente di rispondere al questionario di valutazione sul Progetto “Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù”.

La valutazione, quale attività prevista anche dal Progetto esecutivo, è una fase molto importante al fine di poter trarre delle conclusioni sulla fattibilità di questa Sorveglianza nei Centri Vaccinali (CV) in un’ottica di generalizzazione del Sistema di Sorveglianza a livello nazionale.

Le chiediamo quindi di rispondere liberamente al questionario esprimendo le sue considerazioni.

I dati raccolti ed elaborati dall’Istituto Superiore di Sanità, saranno trattati nella sola forma aggregata, in ottemperanza al D.Lgs. 196/2003.

Grazie per la collaborazione.



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

SEZIONE A - Informazioni generali

Indichi la Regione in cui ha operato nell'ambito del Progetto

- ☐ ASL Milano
- ☐ Veneto
- ☐ Marche
- ☐ Campania
- ☐ Puglia
- ☐ Calabria

Indichi quale è il ruolo che svolge nell'ambito del Progetto

- ☐ Referente di UO
- ☐ Collaboratore Referente UO
- ☐ Referente di Distretto
- ☐ Collaboratore Referente di Distretto

Indichi il Distretto Sanitario in cui ha operato nell'ambito del Progetto

- ☐ Distretto n. 4 di Senigallia
- ☐ Distretto n. 5 di Jesi
- ☐ Distretto n. 6 di Fabriano
- ☐ Distretto n. 7 di Ancona
- ☐ Distretto n. 66 di Salerno
- ☐ Distretto n. 68 di Giffoni Valle Piana - Ponte Cagnano Faiano
- ☐ Distretto Ionio Nord Distretto Ionio Nord
- ☐ Distretto di Soverato
- ☐ Distretto n. 4 di Taranto
- ☐ Distretto n. 2 di Brindisi
- ☐ Distretto n. 2 Salvezzano/Rubano/Abano Terme
- ☐ Distretto Area Nord –Mirano

Figura professionale

- ☐ Pediatra
- ☐ Altro medico
- ☐ Infermiere pediatrico
- ☐ Altro Infermiere
- ☐ Assistente sanitario
- ☐ Altro

Indichi la sua età

SEZIONE B - Valutazione della fase di avvio del Progetto

In base a quali criteri sono stati scelti i Distretti coinvolti nel Progetto?

Ci sono state difficoltà nella fase di reclutamento dei Distretti?

- ☐ No
- ☐ Sì, ma limitate
- ☐ Sì, molte
- ☐ Non so

Indichi le difficoltà che ci sono state nel reclutamento dei Distretti e come sono state risolte

In base alla sua esperienza nel Progetto e pensando ad una estensione della Sorveglianza all'intero territorio regionale, quali accortezze andrebbero adottate al fine di facilitare l'adesione di tutti i Distretti?

Ci sono state difficoltà nella fase di reclutamento dei centri/ambulatori vaccinali?

- ☐ No
- ☐ Sì, ma limitate
- ☐ Sì, molte
- ☐ Non so

Indichi le difficoltà che ci sono state nel reclutamento dei centri/ambulatori vaccinali e come sono state risolte

In base alla sua esperienza nel Progetto e pensando ad una estensione della Sorveglianza all'intero territorio regionale, quali accortezze andrebbero adottate al fine di facilitare l'adesione di tutti i centri/ambulatori vaccinali?

SEZIONE C - Descrizione del proprio ruolo all'interno del Progetto

Descriva il suo ruolo all'interno del Progetto, illustrando le attività svolte sino ad oggi e che svolgerà fino alla conclusione del Progetto

Pensando alla sua esperienza nell'ambito del Progetto, quali sono le difficoltà che ha incontrato? E come le ha risolte?

SEZIONE D - Valutazione della formazione finalizzata alla Sorveglianza

Ha partecipato alla formazione realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità finalizzata alla Sorveglianza?

- ☐ Si
- ☐ No

Rispetto alle attività che ha svolto nell'ambito della Sorveglianza, ritiene che la formazione sia stata:

- ☐ Per niente adeguata
- ☐ Poco adeguata
- ☐ Adeguata
- ☐ Molto adeguata
- ☐ Non so

Ritiene che ci siano delle tematiche che durante la formazione avrebbero potuto essere approfondite meglio?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Non so

Indichi le tematiche che avrebbero dovuto essere approfondite meglio durante la formazione:

Ritiene che ci siano degli aspetti importanti della Sorveglianza che non sono stati affrontati durante la formazione?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ Non so

Indichi le tematiche importanti per la Sorveglianza che non sono state affrontate durante la formazione

Ha partecipato alla formazione realizzata dalla Regione/Distretto finalizzata alla Sorveglianza?

- ☐ Si, in qualità di formatore
- ☐ Si, in qualità di discente
- ☐ No

Rispetto alle attività che ha svolto nell'ambito della Sorveglianza, ritiene che la formazione sia stata:

- ☐ Per niente adeguata
☐ Poco adeguata
☐ Adeguata
☐ Molto adeguata
☐ Non so

Ritiene che ci siano delle tematiche che durante la formazione avrebbero potuto essere approfondite meglio?

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

Indichi le tematiche che avrebbero dovuto essere approfondite meglio durante la formazione:

Ritiene che ci siano degli aspetti importanti della Sorveglianza che non sono stati affrontati durante la formazione?

- ☐ Sì
☐ No
☐ Non so

Indichi le tematiche importanti per la Sorveglianza che non sono state affrontate durante la formazione:

SEZIONE E - Valutazione complessiva dell'esperienza

Esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente	Non so
La Sorveglianza è stata una importante occasione per promuovere comportamenti a favore della salute dei bambini tra le madri	☐	☐	☐	☐	☐
La Sorveglianza è stata una importante occasione di collaborazione tra centro vaccinale e consultorio familiare/altri servizi	☐	☐	☐	☐	☐
Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza sono di grande interesse per coloro che si occupano di salute in età infantile	☐	☐	☐	☐	☐

Prima di iniziare le sue attività nell'ambito della Sorveglianza, nutriva delle aspettative rispetto all'esperienza che si accingeva a fare?

- ☐ Si
☐ No

Indichi le sue aspettative

Esprima un voto da 1 a 10 sulla grado di soddisfazione delle sue aspettative
(Consideri che: 1=per niente; 10=pienamente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non so
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Rispetto allo svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale, ritiene che l'esperienza della Sorveglianza abbia comportato
(è possibile scegliere più di una risposta)

- ☐ L'impossibilità di svolgere le normali attività
☐ Un rallentamento nel normale svolgimento delle attività
☐ La necessità di operare una riorganizzazione delle risorse interne al centro/ambulatorio vaccinale
☐ La necessità per gli operatori del centro/ambulatorio vaccinale di fare degli straordinari
☐ La necessità di aumentare l'organico dedicato allo svolgimento delle normali attività
☐ La necessità di avere personale esterno da dedicare solo alla Sorveglianza
☐ Nessuna delle precedenti opzioni
☐ Non so

Che tipo di impatto ritiene che l'esperienza della Sorveglianza abbia avuto sullo svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?
(Scegli solo una delle seguenti)

- ☐ Molto positivo
☐ Positivo
☐ Negativo
☐ Molto negativo
☐ Nessun impatto
☐ Non so

Indichi in che modo le attività della Sorveglianza hanno determinato un peggioramento nello svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Indichi in che modo le attività della Sorveglianza hanno determinato un miglioramento nello svolgimento delle normali attività all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Ritiene che l'esperienza della Sorveglianza possa essere ripetuta all'interno del centro/ambulatorio vaccinale?

(Scegli solo una delle seguenti)

- ☐ Sì, l'esperienza è riproducibile così come è stata sperimentata
- ☐ Sì, ma solo introducendo alcune modifiche
- ☐ No
- ☐ Non so

Di seguito sono elencati alcuni aspetti della Sorveglianza, può selezionare quelli che ritiene dovrebbero essere modificati?

- ☐ Numero di determinanti indagati
- ☐ Complessità delle domande poste
- ☐ Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza
- ☐ Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale
- ☐ Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati
- ☐ Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza
- ☐ Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza
- ☐ Altro
- ☐ Non so

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione al "Numero di determinanti indagati e/o complessità delle domande poste":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione al "Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alla "Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alle "Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione agli "Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza":

Indichi le modifiche che andrebbero introdotte in relazione alla "Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza":

Indichi quali altre modifiche andrebbero introdotte:

Di seguito sono elencati alcuni aspetti della Sorveglianza, indichi quanto ciascuno di essi è di ostacolo alla ripetizione dell'esperienza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Non so
Numero di determinanti indagati	☐	☐	☐	☐	☐
Complessità delle domande poste	☐	☐	☐	☐	☐
Tempo complessivo da dedicare a ciascuna madre coinvolta nella Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐
Durata complessiva della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale	☐	☐	☐	☐	☐
Condizioni ambientali in cui avviene la raccolta dati	☐	☐	☐	☐	☐
Operatori/figure professionali che hanno partecipato alla Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐
Organizzazione delle attività legate alla Sorveglianza	☐	☐	☐	☐	☐

Indichi eventuali altri elementi che sono di ostacolo alla ripetizione della Sorveglianza all'interno del centro/ambulatorio vaccinale

Il suo contributo è molto importante al fine di valutare l'esperienza della Sorveglianza e l'opportunità che essa possa essere ripetuta o estesa ad altre realtà territoriali. Le chiediamo, pertanto, di indicare eventuali altre considerazioni e/o suggerimenti.

GRAZIE PER AVER PARTECIPATO!



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE DEGLI OPERATORI



Gentile Operatore,

Le chiediamo alcuni minuti del Suo tempo per la compilazione del presente questionario. La Sua collaborazione sarà di grande utilità per il Progetto “Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità, al quale la Sua ASL/ASUR/ASP partecipa. Il questionario, tratto dal Programma GenitoriPiù – Regione Veneto, ha l’obiettivo di rilevare le conoscenze degli operatori sanitari sulle tematiche del sistema di sorveglianza a conclusione della rilevazione effettuata sulle mamme, a cui Lei ha partecipato. Le ricordiamo che il questionario è anonimo. I dati, raccolti ed elaborati dall’Università Ca’ Foscari Venezia, saranno trattati e diffusi nella sola forma aggregata, in ottemperanza al D. Lgs. 196/2003. Risponda cortesemente a tutte le domande selezionando la risposta che ritiene corretta. La ringraziamo fin d’ora per la sua collaborazione.



Sezione A - Allattamento materno

1. A Suo parere l’allattamento materno:

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
Può prevenire l’obesità del bambino	☐	☐	☐
Va smesso in caso di coliche del lattante	☐	☐	☐
Favorisce il “ritorno in forma” della madre	☐	☐	☐
Previene le patologie delle prime vie respiratorie	☐	☐	☐

2. Per quanto tempo, secondo l’OMS, è consigliato allattare esclusivamente al seno (cioè senza aggiunta né di cibi solidi né di liquidi) il proprio figlio?

Dare una sola risposta

- ☐ Non c’è un tempo definito
- ☐ N° mesi (in cifre): _____

3. A Suo parere, fino a che età è auspicabile che i bambini vengano allattati al seno?

Dare una sola risposta

- ☐ Fino al momento dell’introduzione di cibi solidi
- ☐ Fino a 1 anno
- ☐ Fino a 2 anni o anche oltre

4. Nelle prime settimane di allattamento al seno, poppate molto frequenti (10-12 nelle 24 ore), di solito:

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
Indicano che la mamma ha poco latte	☐	☐	☐
Rientrano nella normalità e favoriscono la produzione di latte	☐	☐	☐
Vanno sconsigliate per evitare problemi al capezzolo	☐	☐	☐
Sono eccessive ed impediscono una digestione ottimale	☐	☐	☐

Sezione B- Astensione dall'alcol in gravidanza e in allattamento

1. A suo parere l'assunzione di alcol in gravidanza:

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
Può produrre alterazioni dello sviluppo fetale	☐	☐	☐
Può avere effetti nocivi già dal momento del concepimento	☐	☐	☐
Se ci si limita a moderate quantità di alcol (p.es. mezzo bicchiere a pasto) è escluso che provochi danni	☐	☐	☐

2. In caso di assunzione occasionale di moderate quantità di alcol è possibile allattare al seno? Dare una sola risposta

- ☐ No
- ☐ Sì, dopo almeno 1 ora
- ☐ Sì, dopo almeno 2 ore
- ☐ Sì, senza particolari precauzioni

Sezione C- Astensione dal fumo, prenatale e postnatale

1. A Suo parere, fumare in gravidanza può incidere:

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
Sull'insorgere di gravi malformazioni del bambino	☐	☐	☐
Sulla nascita prematura del bambino	☐	☐	☐
Sul basso peso alla nascita del bambino	☐	☐	☐
Sull'insorgere di alcune patologie delle prime vie respiratorie del bambino	☐	☐	☐

2. Secondo Lei, se la madre fuma, dovrebbe smettere di allattare al seno?

- ☐ Sì
☐ Dipende dal n° di sigarette/die
☐ No
☐ Non so

3. Quante fumatrici secondo Lei smettono di fumare in gravidanza?

- ☐ meno del 25%
☐ dal 25 al 50%
☐ dal 50 al 75%
☐ oltre il 75%

Sezione D-Posizione del lattante in culla

1. Per ciascuno dei seguenti fattori elencati indichi se secondo Lei è in grado di proteggere oppure no il bambino dalla SIDS

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Protegge	Non protegge	Non so
Mettere a dormire il bambino di fianco	☐	☐	☐
Mettere a dormire il bambino a pancia in su	☐	☐	☐
Evitare di fumare nella stanza in cui il bambino dorme	☐	☐	☐
Allattare al seno	☐	☐	☐
Tenere alta la temperatura nella stanza in cui il bambino dorme	☐	☐	☐

Sezione E- Vaccinazioni

1. Riguardo alle vaccinazioni, secondo Lei quali delle seguenti affermazioni sono vere?

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
I bambini prematuri devono ricevere le vaccinazioni secondo il normale calendario vaccinale	☐	☐	☐
Infezioni con sintomi lievi come tosse, febbre lieve precludono la somministrazione dei vaccini raccomandati	☐	☐	☐

2. Indichi per piacere quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni utilizzando una scala da 1 a 5, dove 1=per niente d'accordo, 5=molto d'accordo
Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Per niente d'accordo				Molto d'accordo
La malattia per la quale ci si vaccina è meno pericolosa del vaccino stesso	1	2	3	4	5
Vengono fatte troppe vaccinazioni in un'unica soluzione	1	2	3	4	5
È importante vaccinare i bambini perché le malattie che si prevengono possono avere effetti molto gravi	1	2	3	4	5
Se si smettesse i vaccinare, molte malattie oggi rarissime potrebbero tornare in circolazione	1	2	3	4	5
Seguendo stili di vita sani si possono evitare le malattie senza necessità di vaccinare il bambino	1	2	3	4	5
Le reazioni avverse al vaccino possono presentarsi anche molto tempo dopo la vaccinazione	1	2	3	4	5

Sezione F- Lettura ad alta voce

1. Indichi per piacere quanto è d'accordo con la seguente affermazione in una scala da 1 a 5, dove 1=per niente d'accordo, 5=molto d'accordo

	Per niente d'accordo				Molto d'accordo
La promozione della lettura precoce ad alta voce ai bambini è un intervento basato su robuste evidenze scientifiche	1	2	3	4	5

2. A Suo parere, in che periodo i genitori dovrebbero cominciare a leggere ad alta voce ai loro bambini?

- ☐ A partire dalla nascita
- ☐ A partire dai 6 mesi di età
- ☐ A partire dai 12 mesi di età
- ☐ A partire dai 2 anni di età
- ☐ A partire dai 3 anni di età

Sezione G- Assunzione di acido folico

1. A Suo parere l'assunzione di acido folico:

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Vero	Falso	Non so
Può ridurre il rischio per la madre di parti prematuri	☐	☐	☐
Può ridurre il rischio per il bambino di sviluppare alcuni difetti cardiaci	☐	☐	☐
Può ridurre il rischio per il bambino di sviluppare difetti del tubo neurale, come la spina bifida	☐	☐	☐

2. Secondo Lei, quando è raccomandata l'assunzione di acido folico?

Scelga la risposta appropriata per ciascun item

	Sì	No	Non so
Prima del concepimento	☐	☐	☐
Durante i primi 3 mesi della gravidanza	☐	☐	☐
Durante tutta la gravidanza	☐	☐	☐
Dopo il parto	☐	☐	☐

Sezione H- Dati anagrafici

1) **Genere:** ☐ Maschio ☐ Femmina

2) **Età:** _____

- | | |
|--|--|
| ☐ Meno di 24 anni | ☐ Da 45 a 54 anni |
| ☐ Da 25 a 34 anni | ☐ Da 55 a 64 anni |
| ☐ Da 35 a 44 anni | ☐ Più di 65 anni |

3) Ruolo professionale:

- | | |
|---|--|
| ☐ Assistente sanitario | ☐ Ginecologo/a |
| ☐ Ostetrica | ☐ Medico (altro tipo) |
| ☐ Infermiere/a | ☐ Ruolo organizzativo/coordinamento |
| ☐ Psicologo/a | ☐ Altro: _____ |
| ☐ Pediatra | |

Regione: _____ **ASL:** _____ **Distretto:** _____

Data di Compilazione: _____

Il presente questionario è stato tratto dal Programma GenitoriPiù – Regione Veneto e utilizzato nell'ambito del Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù" realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM.



APPENDICE C

Operatori coinvolti nel Progetto

ATS della Città Metropolitana di Milano

Referenti e collaboratori Unità Operativa

Maria Enrica Bettinelli, Annalisa Mastromatteo, Monica Giuliani, Luciana Perini, Wilma Zappi, Gemma Lacaita

Operatori Distretto Sanitario n. 2

Maurizio Valentini (Referente), Rita Inglese, Simonetta Sbrana, Anna Isola, Nadia Sensi, Maria Antonietta Della Sala, Alberta Calanchi, Corrado Aiello, Claudia Bonacina, Linda Domenis, Annamaria Raimondi, Maria Gallo, Antonella Mero, Patrizia Sirio, Maria Grazia Corso, Elisabetta Brown, Teresa Cavallo, Cristina Antoniazzi, Anita Maganza, Giovanna Maglia, Tiziana Mosco, Samuela Venturini, Giovanna Zamboni, Alessandro Gazziano, Elisabetta Rossi, Francesca Taraborrelli, Marianna Greco, Marina Leone

REGIONE CALABRIA

Referenti e collaboratori Unità Operativa

Giacomino Brancati e Anna Domenica Mignuoli (Referenti), Caterina Azzarito

Operatori Distretto Sanitario Ionio Nord

Anna Domenica Vitelli e Letizia Cimminelli (Referenti), Brigida Pettinato, Fulvio Maffia, Domenica Di Leo, Ersilia Frega, Emanuele Troncone, Maddalena Cuccaro, Rosetta Basile, Vittoria Fasano

Operatori Distretto Sanitario di Soverato

Teresa Napoli, Rosario Raffa (Referenti), Paolina Magna, Barbuto Antonio, Alessandro Corapi, Paolina Aloisio, Teresa Giannini, Paola Casadonte

REGIONE CAMPANIA

Referente Unità Operativa

Gianfranco Mazzarella

Operatori Distretto Sanitario n. 66 di Salerno

Anna Nardacci (Referente), Maria Amabile, Maria Gallo, Giovanna Landi, Anna Vigilante, Giuseppina Rubino, Tiziana Di Lascio, Fortunato Cotugno, Giuseppe Morabito, Gabriella Fasanaro, Maria Grazia Panico, Adele d'Anna, Carmela Tavernise, Anna Paternostuo

Operatori Distretto Sanitario n. 68 di Giffoni Valle Piana

Gelsomina Ragone (Referente), Cinzia Fusco, Vincenzo Bove, Rosa Savino, Teresa Genovese, Rita Brancaccio, Alfonsina Rubino, Maria Cavallaro, Lucia Di Nicola, Immacolata Cerrato, Elisa Granozio, Anna Di Matteo

REGIONE MARCHE

Referenti e collaboratori Unità Operativa

Elisabetta Benedetti e Marco Morbidoni (Referenti), Elisa Ambrogiani, Antonella Guidi, Cristina Mancini

Operatori Distretto Sanitario 4 di Senigallia

Rosanna Rossini, Vania Moroni, Antonella Agoccioni, Daniela Francoletti, Mirella Marcellini, Milena Cavallotti

Operatori Distretto Sanitario 5 di Jesi

Francesca Pasqualini, Francesca Caprara, Stefania Schiaroli, Elisabetta Branchesi, Rosita Rossetti, Fabrizio Peranzoni

Operatori Distretto Sanitario 6 di Fabriano

Daniela Cimini, Sestilia Sparvoli, Roberta Patrignani, Catia Mezzanotte, Luciana Lesti

Operatori Distretto Sanitario 7 di Ancona

Patrizia Marcolini, Susanna Cimica, Antonello Ballarini, Lucia Isolani, Lucia Ruffini, Elita Mastrovito, Pia Pompili, Anna Rita Lasca, Vita Vitale, Francesca Marchegiani, Maria Grazia Bianchi, Astrid Ghersani, Patrizia Giacconi, Anna Maria Moro, Patrizia Achille, Paola Morettini

REGIONE PUGLIA

Referenti Unità Operativa

Cinzia Germinario, Maria Teresa Balducci

Operatori Unità Operativa

Rossana Morea, Maria Serena Gallone, Francesco Desiante, Maria Filomena Gallone, Maria Nigro

Operatori Distretto Sanitario n. 4 di Taranto

Antonio Pesare e Giovanni Caputi (Referenti), Carmela Nanula (Coordinatrice aziendale), Maria Busatta, Augusto Giorgino, Antonella Conserva, Emanuela Contuzzi, Pasqua Mastromario, Cinzia Santoro, Rosa Mongelli, Mariangela Evangelio, Maria Antonietta Ranaldo

Operatori Distretto Sanitario n. 2 di Brindisi

Pasquale Pedote (Referente), Carlo Leo, Stefano Termite, Giuliano Saltarelli, Mimma Convertini, Lucia Cagnazzi, Rosa Cardone, Antonella De Simone, Caterina Flore, Elsa Greco

REGIONE VENETO

Referente e collaboratori Unità Operativa

Leonardo Speri (Referente), Lara Simeoni, Elena Fretti

Operatori Distretto Sanitario n. 1 Area Nord Mirano/Martellago - VE Ulss 13

Donatella Campi (Referente), Laura Cavallucci, Giuseppa De Giorgi, Laura Marioni, Giuliana Moro, Annamaria Trevisan, Giuliana Volpato

Operatori Distretto Sanitario n. 2 Salvezzano Rubano/Abano Terme - PD Ulss 16

Lorena Gottardello (Referente), Paola Bonaventura, Lina Cazzin, Michela Chinellato, Enrico Michelazzo, Susanna Tamai

Operatori a livello regionale

Francesca Russo, Nadia Raccanello, Chiara Poma

Finito di stampare nel mese di agosto 2016
da De Vittoria srl - Roma



REGIONE DEL VENETO



Università
Ca' Foscari
Venezia

Sistema Socio Sanitario
**Regione
Lombardia**

ATS Milano
Città Metropolitana



**REGIONE
MARCHE**



OSSERVATORIO
EPIDEMIOLOGICO
REGIONE PUGLIA



REGIONE CALABRIA



REGIONE CAMPANIA