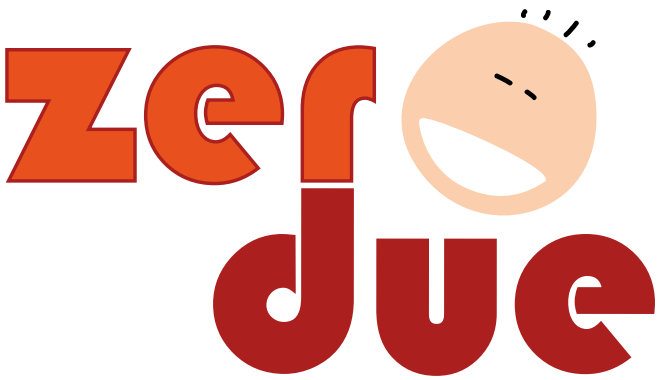
Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni:

raccolta dati 2022

A cura di Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore,
Margherita Tommasella, Silvia Andreozzi, Serena Donati



Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni:
raccolta dati 2022

A cura di Enrica Pizzi[a], Michele Antonio Salvatore[b], Margherita Tommasella[a,c], Silvia Andreozzi[a], Serena Donati[a]

[a] *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
[b] *Servizio Censimento della Popolazione e Integrazione delle Indagini Sociali, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*
[c] *Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma*

Roma
2025

Istituto Superiore di Sanità
Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: raccolta dati 2022.
A cura di Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Margherita Tommasella, Silvia Andreozzi, Serena Donati. v, 52 p.

Le evidenze scientifiche hanno ampliato la comprensione dell'importanza dei primi 1.000 giorni di vita, compresi tra il concepimento e i primi due anni, quale periodo di massima opportunità e vulnerabilità per lo sviluppo delle/i bambine/i. Le raccomandazioni internazionali sottolineano l'importanza di investire in questa finestra temporale, con gli obiettivi di garantire alle/ai bambine/i esperienze positive e di ridurre le disuguaglianze di salute. In questa cornice si inserisce la Sorveglianza Bambini 0-2 anni, promossa dal Ministero della Salute, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzata in collaborazione con le Regioni e Province Autonome. Il rapporto presenta i risultati della seconda raccolta dati realizzata nel 2022. La popolazione target sono state le madri che hanno compilato un questionario anonimo in occasione delle sedute vaccinali delle/i loro figlie/i di età compresa tra 0 e 2 anni. Sono stati raccolti oltre 35.000 questionari e il tasso di partecipazione è stato superiore al 95% in tutte le Regioni. I risultati hanno mostrato un'ampia variabilità dell'esposizione a comportamenti protettivi o a rischio e hanno evidenziato differenze territoriali significative e suscettibili di miglioramento per tutti i determinanti di salute presi in esame.
Parole chiave: sorveglianza; infanzia; promozione della salute; primi 1.000 giorni

Istituto Superiore di Sanità
The Surveillance System on Children aged 0-2: results of the 2022 data collection.
Edited by Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Margherita Tommasella, Silvia Andreozzi, Serena Donati. v, 52 p.

Scientific evidence has broadened the understanding of the importance of the first 1,000 days of life, between conception and the first two years, as a period of maximum opportunity and vulnerability for the children development. The international recommendations underline the importance of investing in this time window, to ensure positive experiences for children, and to address and reduce health inequalities. In this context, the Surveillance of Children 0-2 years was promoted by the Ministry of Health, coordinated by the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health, Italy) and carried out in collaboration with the Italian Regions and Autonomous Provinces. This report presents the findings from the second round of this surveillance, carried out in 2022. The study focused on mothers, who were asked to complete an anonymous questionnaire during the vaccination sessions of their children aged 0-2 year. Over 35,000 questionnaires were collected, and the participation rate exceeded 95% across all Regions.The results showed a wide variability in exposure to both protective or risky behaviours, highlighting significant territorial differences and identifying opportunities for improvement across all investigated health determinants.
Key words: surveillance; childhood; health promotion; first 1,000 days

Ringraziamenti
Si ringraziano per il prezioso lavoro svolto tutti i professionisti e le professioniste dei Servizi Vaccinali coinvolti nella rilevazione di cui la lista completa, fornita dai referenti regionali, è riportata in Appendice a p. 43. Una sincera gratitudine va a tutte le madri che si sono rese disponibili a compilare il questionario. Un ringraziamento alla Medisoft s.r.l che ha ideato la piattaforma per l'inserimento dei dati. Si ringrazia Andrea Adduci, Specializzando presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, per la rilettura del Capitolo 2 del Rapporto.

Progetto grafico: Giovanna Morini (Servizio Comunicazione Scientifica)
Copertina: Massimo Delle Femmine (Servizio Comunicazione Scientifica)
Redazione: Giovanna Morini (Servizio Comunicazione Scientifica)

© 2025 Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022
Enrica Pizzi, Serena Donati, Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Claudia Ferraro, Monica Pirri (Gruppo di Coordinamento Nazionale - Istituto Superiore di Sanità); Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus (Ministero della Salute); Manuela Di Giacomo (Regione Abruzzo); Maria Angela Mininni (Regione Basilicata); Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Simona Di Mario (Regione Emilia-Romagna); Luca Ronfani, Luisella Giglio, Claudia Carletti, Federica Concina, Alessandra Knowles, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia); Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti, Daniela Porta (Regione Lazio); Camilla Sticchi, Laura Pozzo (Regione Liguria); Corrado Celata, Fabio Mosca, Edda Pellegrini (Regione Lombardia); Marco Morbidoni, Annalisa Cardone, Antonella Guidi, Cristina Mancini (Regione Marche); Michele Colitti (Regione Molise); Marcello Caputo, Vittorina Buttafuoco (Regione Piemonte); Anna Pedrotti, Maria Grazia Zuccali, Laura Battisti (Provincia Autonoma di Trento); Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano); Maria Teresa Balducci, Nehludoff Albano, Mariangela Dafne Vincenti (Regione Puglia); Maria Antonietta Palmas, Noemi Mereu (Regione Sardegna); Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia); Anna Ajello (Regione Toscana); Manila Bonciani (Scuola S. Anna, Pisa); Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella (Regione Valle d'Aosta); Federica Michieletto, Anna Sabbadin, Diana Gazzani (Regione Veneto).

Comitato Tecnico Scientifico Sorveglianza Bambini 0-2 anni - 2022
Enrica Pizzi, Serena Donati, Laura Lauria, Michele Antonio Salvatore, Angela Giusti, Sonia Brescianini (Istituto Superiore di Sanità); Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus, Andrea Siddu (Ministero della Salute); Diana Gazzani (Ulss 9 Scaligera, Verona); Elena Fretti (Esperta); Manila Bonciani (S. Anna di Pisa); Riccardo Davanzo (Presidente del Tavolo Tecnico sull'Allattamento al Seno); Antonio Clavenna (IRCSS Mario Negri, Milano); Luca Ronfani (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste); Angela Spinelli (Esperta); Leonardo Speri (Esperto); Gherardo Rapisardi (Esperto); Anna Domenica Mignuoli (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella (Regione Campania); Simona Di Mario (Regione Emilia-Romagna); Corrado Celata, Fabio Mosca, Edda Pellegrini (Regione Lombardia); Marco Morbidoni (Regione Marche); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Maria Paola Ferro (Regione Sicilia); Anna Ajello (Regione Toscana); Federica Michieletto (Regione Veneto).

Steering Committee Sorveglianza Bambini 0-2 anni - 2022
Enrica Pizzi, Serena Donati, Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria (Istituto Superiore di Sanità); Renata Bortolus, Maria Grazia Privitera, Andrea Siddu (Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute); Roberto Copparoni (Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione - Ministero della Salute); Stefania Manetti (Associazione Culturale Pediatri - ACP); Miria De Santis (Associazione Nazionale Assistenti Sanitari - AsNAS); Giorgio Tamburlini (Centro per la Salute del Bambino - CSB); Giovanni Cerimoniale (Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP); Caterina Masè (Federazione Nazionale Ordini della Professione Ostetrica - FNOPO); Antonio Chiàntera (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - SIGO); Luca Ramenghi (Società Italiana di Medicina Perinatale - SIMP); Luigi Orfeo (Società Italiana di Neonatologia - SIN); Annamaria Staiano (Società Italiana di Pediatria - SIP); Arianna Saulini (Save the Children); Antonio Ferro (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SItI); Elise Chapin (UNICEF Italia).

INDICE

Presentazione
Giovanni Capelli v

Prefazione
Renata Bortolus, Maria Grazia Privitera vii

Sviluppo, finalità e metodologia della Sorveglianza Bambini 0-2 anni
Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli,
Margherita Tommasella, Serena Donati 1

Risultati dell'indagine 2022
Margherita Tommasella, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli,
Serena Donati, Martina Ventura, Silvia Andreozzi, Monica Pirri,
Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022 ed Enrica Pizzi 5

Importanza dei programmi di promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita a partire dai risultati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni
Comitato Tecnico Scientifico Sorveglianza Bambini 0-2 anni 39

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Professioniste e professionisti sanitari che hanno partecipato alla raccolta dati 2022
Silvia Andreozzi 43

Questo Rapporto è dedicato a Gianfranco Mazzarella
che con professionalità e passione
ha contribuito allo sviluppo della Sorveglianza Bambini 0-2 anni.
Preziosa testimonianza per continuare a lavorare con tenacia
a favore della salute delle bambine e dei bambini e delle loro famiglie.

Presentazione

La visione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ribadisce che la salute è il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (nella logica della cosiddetta "One Health") e promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per far fronte alle nuove sfide in salute pubblica.

Riorientare tutto il sistema della prevenzione verso un approccio centrato sulla promozione della salute, con lo sviluppo delle strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è uno dei punti cardini del PNP.

Per far questo è necessario agire efficacemente su tutti i determinanti di salute con alleanze e sinergie intersettoriali, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (*Health in all Policies*) ponendo attenzione, nella programmazione sanitaria e sociosanitaria, alla centralità della persona - tenuto conto anche del genere - e delle comunità e riconoscendo che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici.

In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire le patologie, ma anche a creare nella comunità e nei suoi componenti un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che aiuti a mantenere o a migliorare il capitale di salute.

È in questa cornice che ci collocano i Sistemi di Sorveglianza inseriti nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") che sono finalizzati a fornire informazioni e dati utili per pianificare, implementare e valutare gli interventi per la tutela e la promozione della salute.

Va ricordato, poi, che il PNP 2020-2025 rafforza l'importanza di approccio *life course* nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nelle primissime fasi della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno negli anni e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera.

Oggi, infatti, in Italia, come nella gran parte dei Paesi occidentali, le malattie infettive sono grandemente ridimensionate come cause di mortalità, o di morbosità a lungo termine, mentre sono emerse come priorità sanitarie le patologie cronico-degenerative, legate all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della speranza di vita.

Il concetto di sorveglianza di sanità pubblica, che già nel 1968 l'OMS aveva definito essenziale, si è evoluto negli anni, passando da una dimensione "individuale", legata all'osservazione di persone esposte a una malattia trasmissibile in modo da poterne individuare sintomi precoci e poter istituire misure di controllo, a una dimensione "di popolazione", intesa come controllo continuo dei determinanti ambientali e sociali, dei comportamenti e del manifestarsi delle malattie nelle popolazioni al fine di introdurre misure di controllo e di prevenzione delle stesse.

Come nessun medico, oggi, proporrebbe e realizzerebbe un qualsiasi trattamento farmacologico, chirurgico, radioterapico senza le indicazioni di un adeguato supporto diagnostico, una seria tutela della salute pubblica non può pensare di proporre e realizzare interventi di prevenzione e promozione della salute facendo a meno di quella "diagnostica di popolazione" che è costituita dai dati epidemiologici forniti dai sistemi di sorveglianza.

In questa cornice si colloca anche il "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" di cui questo rapporto presenta i risultati dell'ultima raccolta dati, che devono costituire uno strumento irrinunciabile per la programmazione di interventi nei primi 1.000 giorni di vita.

I risultati emersi evidenziano che i comportamenti favorevoli al pieno sviluppo psico-fisico dei bambini e delle bambine non sono sempre garantiti nel nostro Paese e - oltretutto - presentano differenze per livello territoriale e socioeconomico meritevoli di attenzione in un'ottica di salute pubblica.

La diffusione sistematica di questi risultati ai professionisti e alle professioniste che operano nell'area della tutela e promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita rappresenta una delle azioni prioritarie per giungere alla implementazione di programmi e strumenti utili a promuovere i comportamenti a favore della salute in un arco temporale della vita fondamentale non solo per lo sviluppo dei singoli individui ma anche per il futuro dell'intera comunità. ■

Giovanni Capelli
Direttore Centro Nazionale per la Prevenzione della Malattie
e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Prefazione

I genitori hanno a cuore il meglio per i propri figli e le proprie figlie e desiderano che nascano e vivano in salute. Per favorire la salute dei/delle loro bambini/e dalla nascita all'età adulta possono fare moltissimo, insieme alle professioniste e ai professionisti sanitari e alle istituzioni, soprattutto nei primi 1.000 giorni di vita. Infatti, nel periodo compreso tra il concepimento e i due anni di età, si pongono le basi per un adeguato sviluppo fisico e psichico del bambino e della bambina.

Gli interventi di prevenzione, di protezione o di cura realizzati con tempestività in questa primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi a breve, medio e lungo termine, non solo per il bambino e la bambina e l'adulto che sarà, ma anche per i genitori, la comunità e le generazioni future. In questa finestra temporale è possibile adottare un insieme di azioni per tutelare e migliorare le condizioni di salute del bambino e della bambina con effetti duraturi anche in età adulta. Inoltre, lo sviluppo delle competenze cognitive e socio-relazionali del bambino e della bambina dipende molto dalla qualità della relazione con i genitori e con l'ambiente che lo circonda.

L'impegno delle istituzioni, per promuovere l'importanza dei primi 1.000 giorni di vita, rappresenta, dunque, una priorità di salute pubblica, anche in considerazione dei possibili esiti a medio e lungo termine.

Il Ministero della Salute riconosce da tempo il valore strategico del "Sistema di Sorveglianza 0 - 2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" considerando che, grazie alla conoscenza e alla valutazione dei risultati prodotti, è possibile orientare adeguatamente la pianificazione degli interventi di prevenzione, utili a ridurre i fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione in questa delicata fase della vita.

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza di popolazione rappresenta, infatti, un elemento decisivo delle politiche nazionali di prevenzione e di promozione della salute, che consente di studiare l'influenza di alcuni determinanti di salute, di riconoscere le diseguaglianze, di identificare le priorità sulle quali è necessario intervenire, di osservare i cambiamenti a seguito degli interventi e delle politiche adottati.

La Sorveglianza rappresenta uno strumento istituzionale dinamico, in continua evoluzione e perfezionamento, al passo con la realtà che i sistemi di sorveglianza sono chiamati a conoscere e a rilevare, per cogliere complessità, sinergie e interazioni tra le diverse componenti.

Determinanti di salute noti, come la supplementazione periconcezionale con acido folico e l'allattamento, si accompagnano a sfide più recenti, come la promozione della lettura in famiglia o la protezione dall'esposizione alle tecnologie digitali fin dai primi mesi di vita.

La conoscenza e la rilevazione periodica delle variabili contenute nella Sorveglianza rappresentano certamente una fonte informativa indispensabile, per considerare nuove strategie di intervento nazionali in presenza di risultati insoddisfacenti, per promuovere azioni di contrasto alle diseguaglianze, per favorire un cambiamento culturale diffuso, anche grazie alla disponibilità di nuove conoscenze, a partire dalle "cure che nutrono la crescita", premurose, significative, di qualità, per una genitorialità responsiva che accompagni lo sviluppo precoce delle bambine e dei bambini fin dalle prime fasi della vita. ■

Renata Bortolus e Maria Grazia Privitera
Ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

SVILUPPO, FINALITÀ E METODOLOGIA DELLA SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

Enrica Pizzi[a], Michele Antonio Salvatore[b], Mauro Bucciarelli[a], Margherita Tommasella[a,c], Serena Donati[a]
[a]*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
[b]*Servizio Censimento della Popolazione e Integrazione delle Indagini Sociali, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*
[c]*Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma*

Dieci anni della Sorveglianza Bambini 0-2 anni

In un'ottica di definizione di politiche per la tutela e la promozione della salute, i sistemi di sorveglianza di popolazione rappresentano uno strumento strategico a sostegno della salute pubblica. Grazie a essi è possibile raccogliere informazioni sull'andamento di condizioni morbose e fattori di rischio, studiare l'influenza dei determinanti di salute, far emergere le diseguaglianze, identificare le priorità sulle quali intervenire e osservare nel tempo l'impatto delle politiche e dei programmi adottati.

In Italia, considerata l'importanza in termini di salute pubblica dei primi 1.000 giorni di vita (compresi tra il concepimento e i primi due anni di vita del/della bambino/a) è stato implementato il Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino - incluso tra le sorveglianze di rilevanza nazionale dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 (1). La Sorveglianza, promossa dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome (PA) indaga alcuni fattori di rischio e di protezione nei primi 1.000 giorni di vita con l'obiettivo di promuovere interventi precoci atti a migliorare la traiettoria di sviluppo psico-fisico dei/delle bambini/e.

Il tema dei primi 1.000 giorni di vita rientra a pieno titolo nei Sustainable Development Goals 2015-2030 (2) che promuovono, a livello globale, l'accesso a uno sviluppo precoce di qualità dei bambini.

Le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e UNICEF per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia e quanto indicato dai numerosi documenti dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'Early Child Development (ECD) (3, 4), rappresentano la cornice internazionale nella quale si muove la Sorveglianza.

A livello nazionale il principale documento di riferimento della Sorveglianza è il Documento d'indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita diretto a genitori, operatori sanitari e policymaker (5) del Ministero della Salute che, in linea con le raccomandazioni internazionali, ha sistematizzato le principali conoscenze e gli interventi protettivi, a oggi disponibili e validati, per programmare azioni di salute pubblica.

Gli indicatori monitorati dalla Sorveglianza sono richiesti dall'OMS e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione (6).

A partire dall'esperienza maturata negli anni dal Programma GenitoriPiù (7), la Sorveglianza si pone l'obiettivo di promuovere e sostenere la produzione di conoscenza utile alla formazione continua dei professionisti socio-sanitari in relazione ai determinanti di salute, all'empowerment delle famiglie e delle comunità e rappresenta uno strumento utile all'orientamento delle attività di salute pubblica in ambito materno-infantile.

La Sorveglianza é giunta al suo decimo anno di attività. Nel 2014 grazie a un'Azione Centrale promossa e finanziata dal Minsitero della Salute/CCM fu avviata la sua spe- ▶

rimentazione in 13 Distretti Sanitari in 6 Regioni (8) e nel 2018, grazie a un'altra Azione Centrale, fu estesa coinvolgendo 11 Regioni (9). Nel 2022 ha raggiunto la copertura nazionale salvo che per la PA di Bolzano che non è riuscita a completare la raccolta dati e la Regione Molise che ha avuto difficoltà ad avviarla. La Toscana partecipa dal 2018 mettendo a disposizione i risultati dell'Indagine sul percorso nascita già attiva sul proprio territorio e coordinata della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (10) (Figura).

Finalità e metodologia

Negli anni la Sorveglianza Bambini 0-2 anni ha consolidato la sua operatività avvalendosi di un Coordinamento Nazionale, composto da ricercatrici e ricercatori dell'ISS e rappresentanti del Ministero della Salute con funzione tecnico scientifica; di referenti regionali e locali, con funzioni di coordinamento e supporto alla raccolta dati e alla diffusione dei risultati; di un Comitato Tecnico Scientifico formato da esperti/e nazionali con funzioni di indirizzo e supporto tecnico scientifico e di uno Steering Committee che riunisce le principali Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni di settore per promuovere la diffusione dei risultati tra professionisti e professioniste, decisori e vari portatori d'interesse.

Il protocollo e gli strumenti per la raccolta dati hanno avuto l'approvazione del Comitato Etico Nazionale dell'ISS.

Le informazioni raccolte dalla Sorveglianza riguardano alcuni determinanti di salute materno-infantile che spaziano dall'epoca pre-concezionale ai 2 anni di vita dei/delle bambini/e. Vengono, inoltre, rilevate variabili socioeconomiche che consentono di cogliere non soltanto disuguaglianze a livello territoriale, ma anche tra diversi sottogruppi di popolazione individuando quelli maggiormente esposti ai fattori di rischio.

La popolazione in studio è costituita dalle madri di bambini/e fino ai 2 anni di età che accedono ai Centri Vaccinali (CV), identificati come luogo per intercettarle e intervistarle in occasione della 1ª, 2ª e 3ª dose DTP (difterite-tetano-pertosse) - esavalente (difterite, tetano, pertosse acellulare, poliomielite,

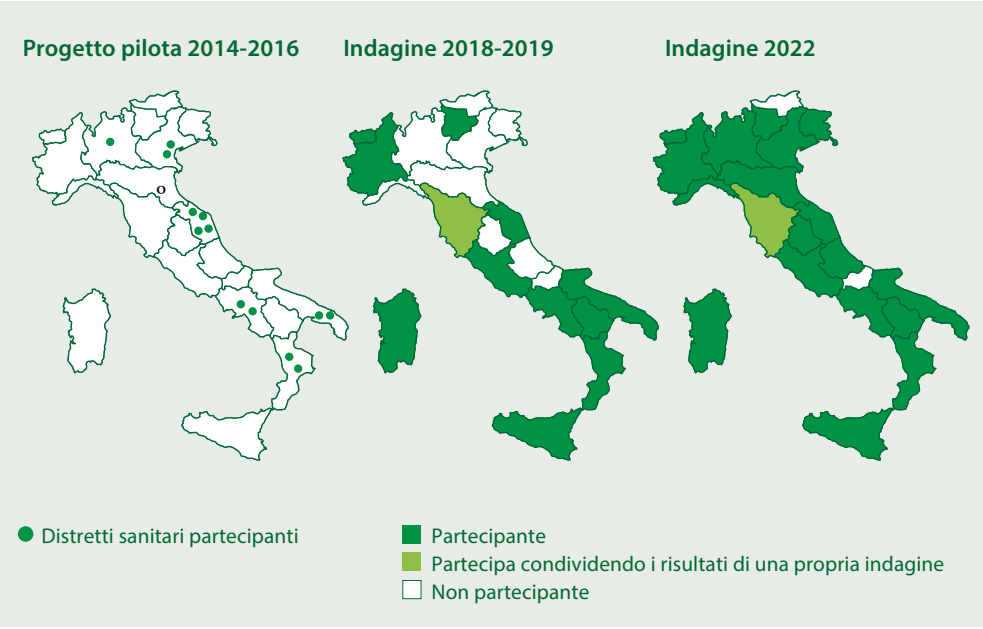


Figura - Sviluppo della Sorveglianza Bambini 0-2 anni

epatite B ed *haemophilus influenzae* di tipo B) e della 1ª dose MPRV (Morbillo Pertosse Rosolia Varicella), corrispondenti indicativamente al 3º, 5º, 12º e 15º mese di vita. Per ciascuna dose vengono reclutate tutte le madri che accompagnano i/le loro figli/e presso i CV fino al raggiungimento della numerosità campionaria stabilita in fase di disegno della Sorveglianza; ogni donna può essere intervistata una sola volta.

La Sorveglianza prevede una rappresentatività del campione a livello regionale e, per le Regioni che lo richiedono, anche a livello di azienda sanitaria.

Il questionario disponibile in più lingue per raggiungere anche i cittadini stanieri residenti in Italia, raccoglie informazioni sui seguenti determinanti: assunzione di acido folico, consumo di tabacco e bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, allattamento, posizione in culla, sicurezza domestica e in automobile, intenzioni vaccinali, lettura in famiglia ed esposizione dei bambini e delle bambine a schermi. Il questionario è autocompilato dalle madri on-line attraverso il proprio cellulare/tablet o in formato cartaceo, dopo aver preso visione delle informazioni sulla privacy e con il supporto del personale del CV.

Tutti i professionisti e le professioniste coinvolti/e nella Sorveglianza (referenti regionali, locali e operatori/operatrici direttamente coinvolti/e nella raccolta dei dati) vengono formati/e sia sugli aspetti metodologici legati alle operazioni di raccolta, inserimento e trasmissione dei dati, che sui determinanti di salute indagati. Sono previsti momenti formativi organizzati dall'ISS e rivolti ai Referenti Regionali e, a cascata, al personale direttamente coinvolto nella raccolta dei dati.

La formazione sugli aspetti metodologici è finalizzata a garantire uniformità nell'esecuzione delle procedure nelle diverse Regioni, mentre la formazione sui contenuti, realizzata anche per questa edizione della Sorveglianza tramite la FaD dedicata (11), ha la finalità di fornire a tutti i professionisti e le professioniste le conoscenze aggiornate sui determinanti indagati per informare i genitori sui comportamenti corretti diretti a promuovere la salute dei/delle propri/e figli/e.

Il contatto tra professionista e genitore, in occasione delle sedute vaccinali e della compilazione del questionario, è facilitato dalla consegna alla mamma di materiale informativo multilingue dopo la compilazione del questionario (12). Il materiale ha l'obiettivo di promuovere le azioni di promozione della salute attraverso l'offerta di semplici indicazioni e riportando i siti di riferimento per eventuali approfondimenti.

Disseminazione dei risultati

Con l'obiettivo di fornire strumenti conoscitivi utili al miglioramento dei comportamenti a sostegno della salute delle/dei bambine/i di 0-2 anni, la disseminazione dei risultati ai/alle professionisti/e e alle organizzazioni che operano nell'area dei primi 1.000 giorni di vita è una delle principali attività previste dalla Sorveglianza.

I dati di ogni rilevazione vengono diffusi in occasione di un Convegno nazionale presso l'ISS che per questa edizione della Sorveglianza si è svolto il 23 marzo 2023 (https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-convegno-23-marzo-2023).

I risultati nazionali vengono, inoltre, diffusi tramite la stesura di un Rapporto nazionale che viene pubblicato a seguito di ogni raccolta dati. Le pubblicazioni scientifiche approfondiscono le tematiche di prioritario interesse e permettono, quindi, una diffusione nazionale e internazionale dei principali risultati.

Nei singoli contesti regionali, i risultati vengono diffusi mediante Convegni locali e grazie alla disseminazione dei Rapporti Regionali e Aziendali, predisposti dall'ISS in collaborazione con i Referenti Regionali della Sorveglianza.

Il sito web della Sorveglianza, curato da Epicentro (https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022) e quelli regionali pubblicano i risultati per facilitarne la diffusione. ■

Riferimenti bibliografici

1. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 109, 12 maggio 2017.
2. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable development-goals).
3. World Health Organization (WHO), UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO; 2003 (https://www.who.int/publications/i/item/9241562218).
4. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development*: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: WHO; 2018.
5. Direzione Generale Prevenzione Sanitaria. *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*. Roma: Ministero della Salute; 2019 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120).
6. Direzione Generale Prevenzione Sanitaria. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020 (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf).
7. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. *Quaderni ACP* 2016;23(2):50.
8. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, *et al*. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70.
9. Pizzi E, Salvatore MA, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (Ed.). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. *Not Ist Super Sanità* 2022;35(10, Suppl 1):1-60.
10. Bonciani M, Lupi B, Corazza I. Indagine sul percorso nascita in Toscana. Report 2018-2020. *Laboratorio Management e Sanità*; 2022.
11. Marcer D, Speri L, Fretti E, Valetto MR, Dri P, Pizzi E, Formazione degli operatori sui determinanti di salute indagati dalla sorveglianza bambini 0-2 anni. In: Pizzi E, Salvatore MA, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (Ed.). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. *Not Ist Super Sanità* 2022;35(10, Suppl 1):41-5.
12. Marcer D, Speri L, Fretti E, Pizzi E. Materiali di comunicazione adottati dalla sorveglianza bambini 0-2 anni. In Pizzi E, Salvatore MA, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (Ed.). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. *Not Ist Super Sanità* 2022;35(10, Suppl 1):47-9.

Margherita Tommasella[a,b], Michele Antonio Salvatore[c], Mauro Bucciarelli[a], Serena Donati[a], Martina Ventura[a], Silvia Andreozzi[a], Monica Pirri[a], Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2022 ed Enrica Pizzi[a]

[a]*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

[b]*Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma*

[c]*Servizio Censimento della Popolazione e Integrazione delle Indagini Sociali, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*

Introduzione

Nel presente capitolo sono illustrati i principali risultati relativi alle caratteristiche del campione arruolato e ai determinanti di salute indagati. Le analisi statistiche, condotte a livello regionale, forniscono una panoramica di respiro nazionale. Nell'edizione 2022, infatti, tutte le Regioni hanno partecipato alla raccolta dati, a eccezione della Provincia Autonoma (PA) di Bolzano che non è riuscita a completarla e del Molise che ha avuto difficoltà ad avviarla. La Regione Toscana ha partecipato attraverso i risultati dell'indagine sul percorso nascita già attiva sul proprio territorio e coordinata dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa[1] (1).

Dopo una descrizione delle caratteristiche del campione di madri intervistate, i risultati relativi ai determinanti indagati sono stati illustrati attraverso prevalenze e distribuzioni di frequenza. Va specificato che per la Valle d'Aosta, dove il numero di interviste effettuate è stato molto più basso rispetto alla numerosità campionaria stabilita in fase di disegno dello studio, le stime degli indicatori presentano livelli di precisione bassi e non sono state quindi calcolate quando si restringono le analisi a specifiche fasce di età dei/delle bambini/e o a specifiche categorie di madri a causa della esiguità numerica a cui si giunge.

Caratteristiche del campione

Tra giugno e ottobre 2022 sono state intervistate complessivamente 35.550 madri con tassi di partecipazione a livello regionale compresi tra l'89,2% e il 98,6% (Figura 1).

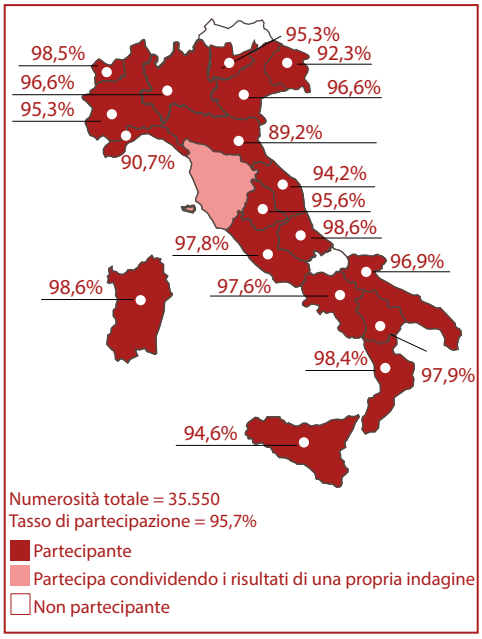


Figura 1 - Tasso di partecipazione per tutte le Regioni che hanno aderito alla Sorveglianza

[1]L'indagine censuaria e longitudinale sul percorso nascita in Toscana, strutturata a partire dalle precedenti esperienze di indagini campionarie, prevede il reclutamento delle partecipanti al momento della consegna del libretto di gravidanza presso i consultori all'inizio della gravidanza. A tutte le donne residenti o domiciliate in Toscana che entrano nel percorso nascita è chiesto, infatti, di partecipare all'indagine e, in caso di adesione, di rispondere a questionari sulla loro esperienza nel percorso, anche in riferimento a quanto vissuto presso uno dei Punti Nascita regionali e a quanto riguarda il primo anno di vita del bambino. I questionari sono autocompilati online dalle partecipanti dopo la consegna del libretto di gravidanza (T0g), nel secondo trimestre di gravidanza (T2g), nel terzo trimestre di gravidanza (T3g), dopo il parto (T0p), a un mese (T1p), tre mesi (T3p), sei mesi (T6p) e, infine, a dodici mesi di età del bambino (T12p). I dati riportati in questo rapporto si riferiscono al 2022.

L'analisi delle caratteristiche socioeconomiche delle madri reclutate vede un'ampia variabilità a livello territoriale con le Regioni del Centro-Nord caratterizzate da quote più elevate di madri con livello di istruzione alto e con cittadinanza straniera rispetto a quelle del Sud (Tabella 1). Risulta, inoltre, maggiormente diffusa nel Centro-Nord la partecipazione agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN). La quota di madri che ha riferito difficoltà ad arrivare a fine mese con le risorse a disposizione della famiglia è invece maggiore nelle Regioni del Sud.

Assunzione di acido folico

La supplementazione con acido folico nel periodo periconcezionale, compreso tra un mese prima del concepimento e il terzo mese di gravidanza, si è dimostrata efficace nel ridurre gravi malformazioni congenite (MC), in particolare i difetti del tubo neurale (DTN) (2-4). L'Italia ha sostenuto questa strategia attraverso il Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti, coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che, già dal 2004, raccomandava che "le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. È fondamentale che l'assunzione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza" (5).

La linea guida nazionale "Gravidanza Fisiologica" (6) pubblicata dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) nel 2010 e il documento di indirizzo del Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del 2019 (7) confermano questa raccomandazione e in Italia, l'acido folico al dosaggio di 0,4 mg/die è inserito nell'elenco di farmaci a rimborsabilità totale (classe A).

I difetti del tubo neurale sono la prima causa di morte e disabilità per MC a livello mondiale (8) e rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica (9). La loro prevalenza in Italia è pari a circa 6 casi ogni 10.000 nati per anno, di cui circa il 50% è rappresentato

Tabella 1 - Caratteristiche socioeconomiche (%) delle madri partecipanti alla Sorveglianza per Regione

Regione	n.	Anni ≤29	Anni 30-34	Anni ≥35	Primipara	Cittadinanza straniera	≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea e oltre	Difficoltà economiche familiari	IAN*
Piemonte	1.911	21,3	34,9	43,7	54,5	18,5	18,2	41,9	40,0	30,3	66,5
Valle d'Aosta	336	28,2	33,7	38,2	51,0	9,7	17,4	39,2	43,4	33,0	69,0
Lombardia	5.047	20,8	37,1	42,1	52,1	19,5	16,2	43,4	40,3	30,9	69,3
PA** di Trento	1.713	20,8	37,4	41,8	49,1	14,7	8,8	44,3	46,9	22,3	82,0
Veneto	1.768	19,2	36,8	44,0	57,4	11,4	9,3	45,5	45,2	27,4	79,7
Friuli Venezia Giulia	1.624	20,7	36,6	42,7	55,1	14,7	10,4	43,1	46,5	31,7	77,8
Liguria	1.852	22,5	36,4	41,1	56,1	20,5	16,7	44,6	38,6	31,8	61,4
Emilia-Romagna	2.067	19,6	34,8	45,7	56,5	17,9	11,9	38,5	49,6	31,7	73,2
Umbria	2.247	22,5	35,5	42,0	56,4	20,6	13,7	42,4	43,9	35,9	66,8
Marche	1.678	19,0	34,2	46,8	55,3	13,0	11,4	40,3	48,3	35,2	70,9
Lazio	1.895	16,1	31,5	52,4	57,4	11,4	9,3	43,1	47,6	35,7	62,3
Abruzzo	1.806	17,8	34,8	47,4	55,1	9,7	10,4	45,3	44,3	36,6	61,1
Campania	2.412	25,8	36,6	37,6	51,3	4,2	22,2	47,9	29,9	33,3	33,5
Puglia	2.297	22,1	34,9	43,0	52,1	3,9	18,8	48,9	32,3	35,5	48,1
Basilicata	1.072	19,0	33,9	47,1	50,8	6,1	15,6	53,3	31,1	31,4	50,3
Calabria	2.577	29,1	32,5	38,4	55,5	2,9	9,5	60,0	30,5	57,7	37,4
Sicilia	1.521	26,6	32,6	40,8	51,6	4,2	26,9	43,8	29,3	38,0	46,3
Sardegna	1.727	17,9	30,3	51,9	57,9	3,2	18,9	44,7	36,4	35,7	54,8

(*) Partecipazione all'Incontro di accompagnamento alla nascita; *(**)* PA: Provincia Autonoma

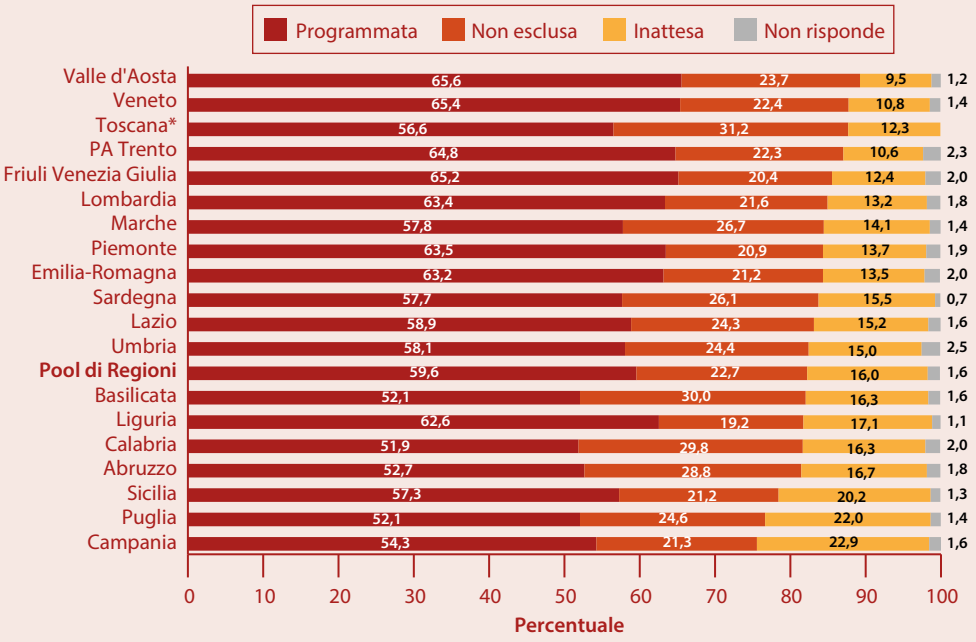
da casi di spina bifida che è la malformazione più frequente (10). Non esiste una terapia che permetta la guarigione di bambini e bambine nati/e con queste MC, ma per ridurne l'incidenza, oltre a consigliare una dieta ricca di frutta e verdura a tutte le donne in età fertile che programmano o che non escludono una gravidanza, deve essere raccomandata l'assunzione di 0,4 mg al giorno di questo supplemento vitaminico (11-13). Tutte le donne in età riproduttiva devono essere consapevoli di questa opportunità e i professionisti che operano nell'ambito della medicina generale, dell'ostetricia, della ginecologia e della pediatria possono svolgere un ruolo cruciale nel diffondere proattivamente queste informazioni.

L'assunzione periconcezionale di acido folico presuppone, inoltre, che la gravidanza sia programmata o almeno non esclusa e rappresenta quindi un importante indicatore di competenza delle donne in quanto espressione di consapevolezza circa la possibilità di prevenire rischi per la prole.

Risultati

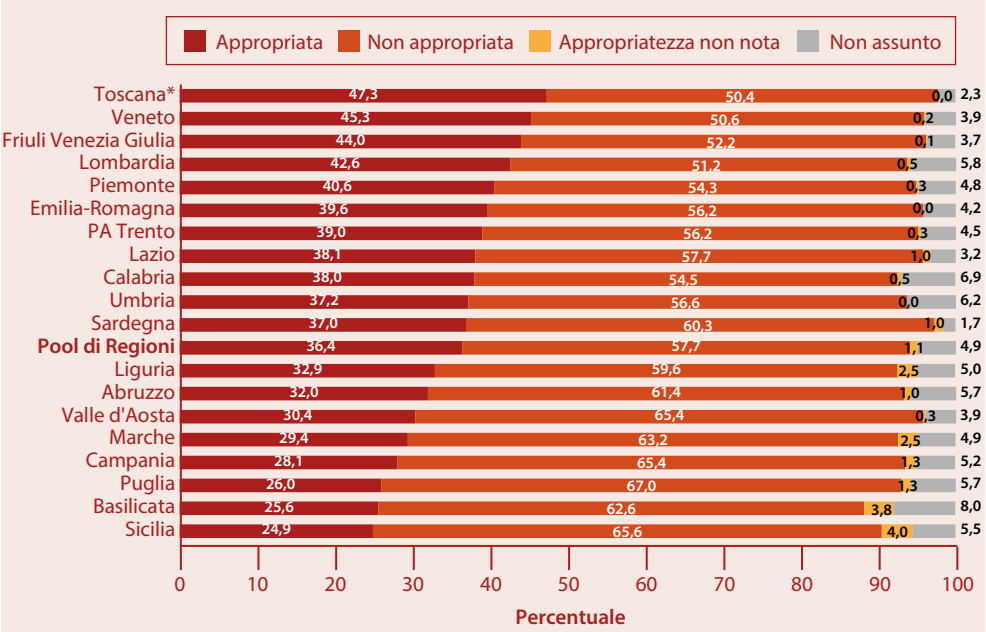
Di tutte le madri del Pool di Regioni partecipanti all'indagine, l'82,3% aveva programmato o non escluso la gravidanza con una variabilità compresa tra il 75,6% della Campania e l'89,3% della Valle d'Aosta (Figura 2). Tra le madri che hanno programmato la gravidanza o che comunque non ne hanno attivamente escluso la possibilità, oltre il 90% in tutte le Regioni ha assunto l'acido folico, seppur complessivamente soltanto il 36,4% di esse lo ha fatto in modo appropriato, con quote comprese tra il 24,9% della Sicilia e il 45,3% del Veneto (Figura 3). In Toscana, l'Indagine regionale sul percorso nascita che coinvolge le madri un mese dopo il parto ha rilevato un'assunzione appropriata in gravidanza per il 47,3% delle donne. Complessivamente, la maggioranza delle madri ha assunto l'acido folico a gravidanza già iniziata vanificandone l'effetto preventivo.

L'assunzione appropriata di acido folico è stata analizzata in relazione ad alcune variabili socioeconomiche (Tabella 2). In tutte le Regioni sono state riscontrate quote di assunzione appro- ▶



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 1 mese dal parto

Figura 2 - Programmazione della gravidanza



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 1 mese dal parto

Figura 3 - Assunzione di acido folico fra le donne che hanno programmato/non hanno escluso la gravidanza

Tabella 2 - Assunzione appropriata di acido folico (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche. Donne che hanno programmato/non escluso la gravidanza

Regione	n. gravidanze programmate/ non escluse	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.608	30,5	38,5	48,0	30,9	45,0	45,2	21,9
Lombardia	4.202	23,7	39,3	50,2	34,6	45,6	45,0	29,2
PA* di Trento	1.488	13,7	34,6	47,2	26,8	42,3	42,0	21,6
Veneto	1.547	38,3	41,8	52,6	41,0	48,5	47,7	37,3
Friuli Venezia Giulia	1.385	28,1	40,3	50,8	37,4	47,7	47,1	26,5
Liguria	1.490	21,1	29,7	39,7	23,9	36,3	37,0	14,2
Emilia-Romagna	1.739	28,7	37,6	43,9	34,4	43,1	43,2	25,3
Umbria	1.853	26,8	33,1	44,8	31,4	40,8	40,6	23,7
Marche	1.404	16,2	24,6	36,3	25,7	31,8	31,1	16,7
Lazio	1.574	23,1	34,5	43,8	33,2	40,8	40,2	22,0
Abruzzo	1.461	15,4	29,0	38,0	26,3	35,6	33,0	24,7
Campania	1.803	20,8	24,9	38,0	25,3	29,8	28,8	21,7
Puglia	1.749	20,3	24,3	32,6	19,9	29,8	26,6	19,5
Basilicata	861	11,5	24,5	33,4	21,3	27,6	25,7	19,2
Calabria	2.091	26,5	40,9	36,4	41,0	34,1	38,8	18,7
Sicilia	1.180	18,7	25,2	30,7	20,9	25,6	25,3	7,8
Sardegna	1.433	19,8	33,0	49,0	32,8	39,2	37,6	25,9

(*) PA: Provincia Autonoma

priata sensibilmente più elevate tra le madri più istruite rispetto alle meno istruite. Anche l'assenza di difficoltà economiche si associa in tutte le Regioni, a eccezione della Calabria, a più elevati livelli di assunzione appropriata, seppur i divari con le madri che hanno riportato difficoltà ad arrivare a fine mese risultano più contenuti rispetto a quelli rilevati al variare della scolarità. In tutte le Regioni, infine, sono le madri con cittadinanza italiana ad assumere più frequentemente l'acido folico in modo appropriata, con differenze più marcate nelle Regioni del Centro-Nord e in Sicilia e in Calabria.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra l'assunzione appropriata di acido folico e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche). L'analisi ha rilevato un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, l'assunzione appropriata è risultata significativamente più frequente tra le madri di età più avanzata (30-34 anni e 35 anni e più), le primipare, al crescere del livello d'istruzione, tra le italiane e quelle che non hanno riferito difficoltà economiche.

Consumo di tabacco

La protezione delle famiglie dall'esposizione al fumo di tabacco per promuovere lo sviluppo e la salute dei bambini e delle bambine è ancora oggi una priorità di salute pubblica (14). L'esposizione al fumo può influenzare negativamente anche la salute riproduttiva dei genitori, riducendone la fertilità e ritardando i concepimenti.

L'esposizione fetale al fumo materno aumenta il rischio di numerose complicanze ostetriche e perinatali: aborto spontaneo, gravidanza ectopica, rottura prematura delle membrane, parto pretermine, placenta previa, distacco di placenta, basso peso alla nascita, malformazioni congenite, morte endouterina fetale (MEF) e morte neonatale (14-17). Anche l'esposizione della gestante al fumo passivo correla con un aumento del rischio di MC, prematurità, basso peso alla nascita, MEF e morte neonatale.

I bambini e le bambine esposti al fumo passivo, sia nel grembo materno che dopo la nascita, hanno un rischio aumentato di sindrome della morte improvvisa del lattante (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS). La protezione da questa esposizione rientra fra le raccomandazioni forti per ridurre l'incidenza della SIDS (18). L'esposizione al fumo passivo nell'infanzia è, inoltre, associata a un aumento dei problemi comportamentali e scolastici fra bambini e bambine (19) ed è noto che i bambini e le bambine con un caregiver fumatore hanno quasi il 70% di probabilità in più di iniziare a fumare entro i 15 anni rispetto a quelli che crescono in famiglie di non fumatori (20).

Dai dati della Sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) del 2022-2023, 1 italiano su 4 fuma: il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 22 fumatori su 100 ne consumano più di 20. Il 21% delle donne 18-69enni è fumatrice (21).

Le linee guida internazionali (22, 23), quella nazionale "Gravidanza Fisiologica" (6) pubblicata dall'SNLG nel 2010 e il documento di indirizzo del Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del 2019 (7) confermano la raccomandazione di informare le donne fumatrici che non escludono attivamente la possibilità di una gravidanza, le gestanti fumatrici o esposte al fumo passivo e i partner fumatori circa i rischi del fumo, compreso quello passivo, per il nascituro. Raccomandano, inoltre, di invitare a smettere di fumare o comunque di ridurre il numero di sigarette diminuendo anche, ove possibile, l'esposizione al fumo passivo e di offrire informazioni personalizzate, supporto e possibilità di partecipare a gruppi di sostegno dedicati.

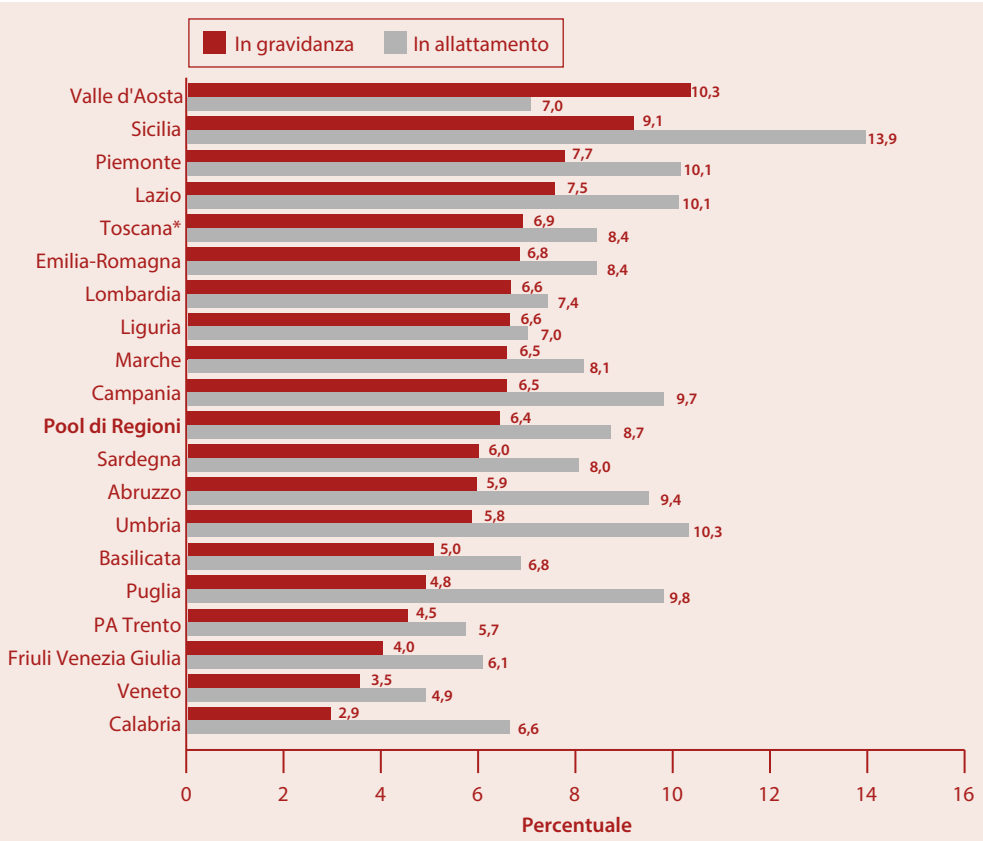
Risultati

Il consumo di tabacco è stato rilevato chiedendo alle madri se avessero fumato nel periodo in cui hanno saputo di essere incinte, durante la gravidanza e se fumassero al momento della somministrazione del questionario. Inoltre, è stato chiesto se il padre e/o altri conviventi fossero fumatori alla data dell'intervista. ▶

Complessivamente il 6,4% delle madri del Pool di Regioni ha dichiarato di aver fumato in gravidanza con una variabilità territoriale compresa tra il 2,9% in Calabria e il 10,3% in Valle d'Aosta (Figura 4). La quota di fumatrici tra le madri che alla data dell'intervista stavano allattando risulta maggiore rispetto a quella durante la gravidanza in quasi tutte le Regioni, variando tra il 4,9% (Veneto) e il 13,9% (Sicilia).

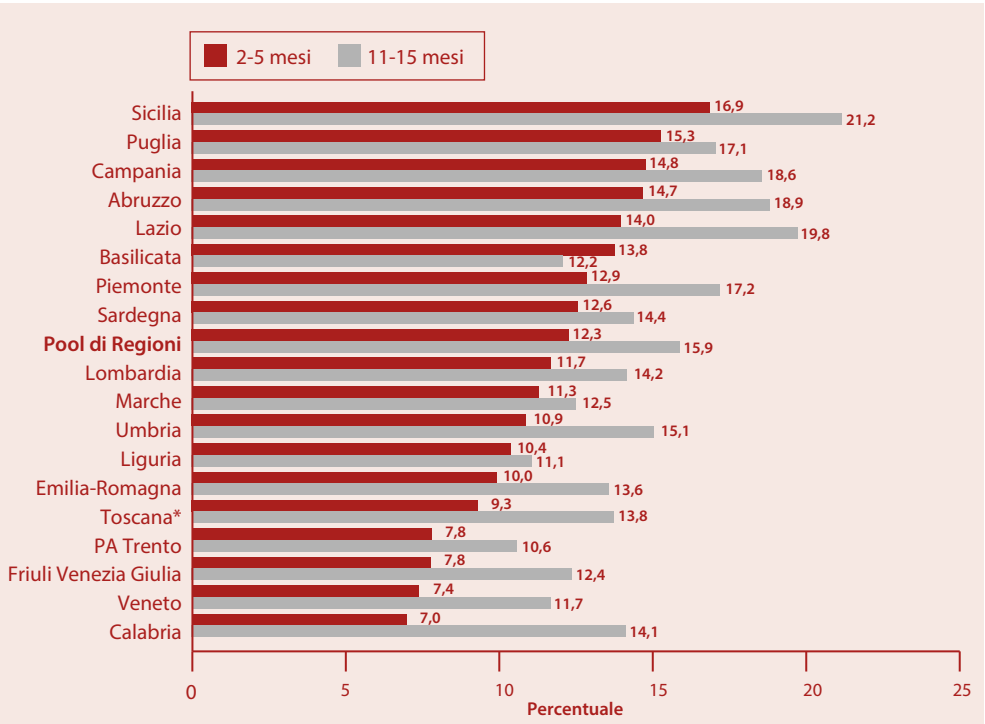
Complessivamente, la quota di madri fumatrici alla data dell'intervista è pari al 12,3% tra quelle con bambini/e nella fascia d'età 2-5 mesi, con una variabilità compresa tra il 7,0% della Calabria e il 16,9% della Sicilia (Figura 5). Le quote crescono al crescere dell'età dei/delle bambini/e, variando tra il 10,6% della PA di Trento e il 21,2% della Sicilia, in presenza di bambini/e di 11-15 mesi. Nelle Regioni del Centro-Sud si rilevano prevalenze di fumatrici tendenzialmente più elevate.

Per la Toscana è stata riportata l'informazione sul consumo di tabacco rilevata in diversi momenti dopo il parto: il 6,9% delle madri toscane intervistate a 3 mesi dal parto ha dichiarato di aver fumato durante la gravidanza. La stessa percentuale calcolata tra le madri con bambini/e di 3 mesi di età nel Pool di Regioni risulta pari al 7,1% (dato non riportato in Figura 5). Al momento dell'intervista a 3 mesi e a 12 mesi dal parto hanno dichiarato di fumare rispettivamente il 9,3% e il 13,8% delle madri toscane contro rispettivamente il 12,5% e il 15,5% delle madri del Pool di Regioni con bambini/e di 3 e 12 mesi (dati non riportati



(*) Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazioni rilevate a 3 mesi e a 6 mesi dal parto rispettivamente per il fumo in gravidanza e in allattamento

Figura 4 - Consumo di tabacco in gravidanza e in allattamento



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazioni rilevate a 3 mesi e a 12 mesi dal parto

Figura 5 - Consumo di tabacco al momento dell'intervista per classe d'età del/della bambino/a

in Figura 5). Il consumo di tabacco in allattamento è stato rilevato a 6 mesi dal parto risultando pari all'8,4% in Toscana e all'8,5% nel Pool di Regioni tra le madri con bambini/e di 6 mesi (dato non riportato in Figura 5).

La percentuale di bambini/e con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore alla data dell'intervista varia tra il 27,4% nella PA di Trento e il 46,6% in Sicilia, confermando uno svantaggio nelle Regioni del Sud, caratterizzate da livelli tendenzialmente maggiori di potenziale esposizione al fumo passivo (Figura 6). In Toscana, a 3 mesi dal parto, il 32,7% di bambini e bambine vivevano con fumatori, a fronte del 38,3% dei bambini di 3 mesi rilevato nel Pool di Regioni (dato non riportato in Figura 6).

Nella Tabella 3 vengono riportate le prevalenze di madri che hanno fumato in gravidanza per caratteristiche socioeconomiche. In tutte le Regioni la quota di fumatrici risulta sensibilmente più elevata tra le madri con scolarità più bassa e tra quelle che hanno riferito difficoltà economiche. Per quanto riguarda la cittadinanza, si rilevano divari meno accentuati con una maggiore diffusione del consumo di tabacco in gravidanza tra le italiane o tra le straniere a seconda della Regione.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il fumo in gravidanza e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per età, livello di istruzione e cittadinanza della madre e per la presenza/assenza di difficoltà economiche, ma non per la parità. In particolare, il fumo in gravidanza è risultato maggiormente diffuso tra le madri più giovani (sotto i 30 anni di età), al diminuire del livello di istruzione, tra le italiane e tra quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese. ▶

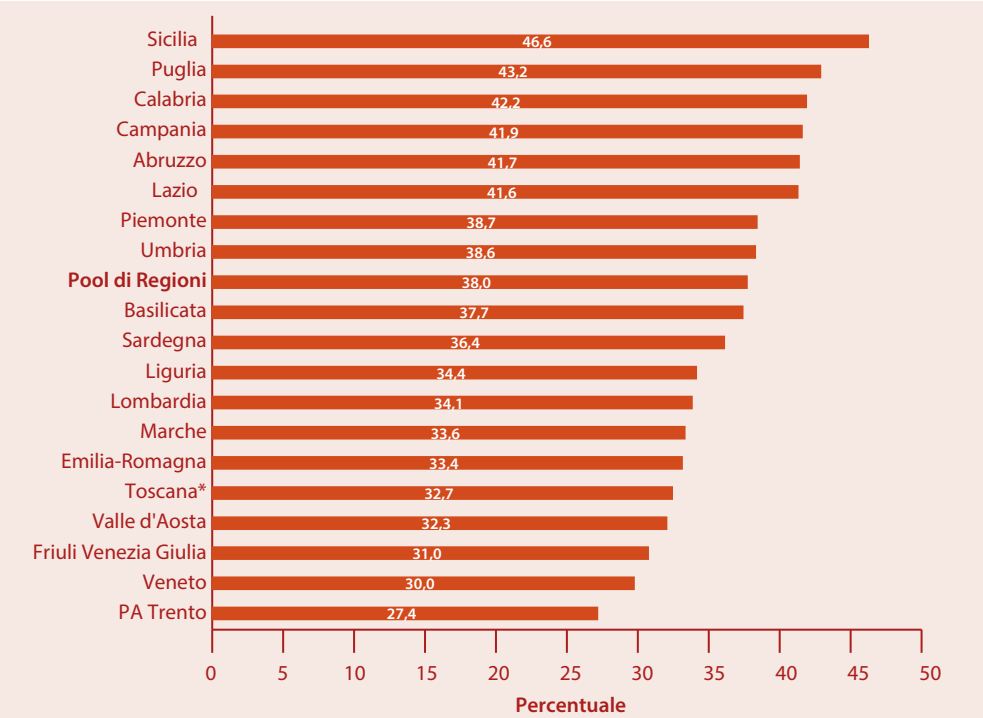


Figura 6 - Bambini/e con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore

Tabella 3 - Madri fumatrici (%) durante la gravidanza per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	17,0	8,0	3,2	12,1	5,8	6,7	12,0
Lombardia	5.047	14,0	8,1	3,2	10,7	5,2	7,0	5,6
PA* di Trento	1.713	7,8	6,9	1,4	9,1	3,2	4,3	5,0
Veneto	1.768	11,6	4,2	0,6	5,5	2,4	3,0	5,0
Friuli Venezia Giulia	1.624	9,4	5,4	1,6	7,2	2,6	4,0	4,4
Liguria	1.852	11,6	6,7	3,6	9,2	5,1	7,1	3,2
Emilia-Romagna	2.067	13,4	8,4	3,4	9,7	5,0	6,8	5,5
Umbria	2.247	12,5	6,4	2,6	9,0	3,7	5,1	7,5
Marche	1.678	14,1	8,4	3,3	10,5	4,5	6,4	7,3
Lazio	1.895	14,0	9,6	4,2	9,3	6,4	7,3	8,8
Abruzzo	1.806	12,8	7,4	2,7	9,7	3,7	5,3	10,9
Campania	2.412	11,8	5,6	3,5	8,4	5,3	6,4	5,8
Puglia	2.297	11,7	4,0	1,7	7,5	3,2	4,4	12,0
Basilicata	1.072	11,3	4,9	2,1	9,3	3,1	5,2	6,4
Calabria	2.577	6,8	2,8	1,0	3,1	2,6	2,6	6,7
Sicilia	1.521	18,2	6,9	3,7	9,1	7,4	8,4	9,6
Sardegna	1.727	13,0	5,8	2,6	10,0	3,8	6,0	5,6

(*) PA: Provincia Autonoma

Consumo di bevande alcoliche

Le evidenze scientifiche raccomandano l'astensione dal consumo di alcol nei mesi che precedono il concepimento, in gravidanza e in allattamento per la sua tossicità riproduttiva e dello sviluppo (24).

Oltre a influenzare la fertilità dei genitori (25), l'alcol ha un effetto tossico sull'embrione, sul feto e sul lattante che non hanno la capacità di metabolizzarlo. L'alcol assunto in gravidanza può infatti attivare processi epigenetici che modificano l'espressione genica del nascituro e può alterare notevolmente la struttura del sistema nervoso embrionale con conseguenze, a lungo termine, sullo sviluppo cognitivo e comportamentale di bambini e bambine (26-28). L'assunzione di alcol correla anche con l'aumento di complicanze della gravidanza quali aborto spontaneo e parto pretermine (29, 30) e si associa allo spettro dei disturbi feto alcolici (Foetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD) di cui la Sindrome Feto Alcolica (FAS) è la forma clinica più grave (24). Nonostante le numerose campagne internazionali e locali di sensibilizzazione sul tema del contrasto al consumo di alcol (31, 32), l'Italia si colloca fra i cinque Paesi con la prevalenza più alta di FAS insieme a Bielorussia, Irlanda, Croazia e Sud Africa (33).

L'Europa è al primo posto per consumo pro capite di bevande alcoliche, con un valore medio doppio rispetto a quello medio mondiale (34). Nel 2020, il 66% delle 18-49enni italiane ha consumato bevande alcoliche e i comportamenti a rischio più diffusi in questa fascia di popolazione sono stati il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 35% di esse, seguito dal *binge drinking* (7%) (35). Vista la diffusione di queste abitudini, le donne in età riproduttiva che non escludono attivamente la possibilità di una gravidanza devono essere informate sull'importanza di astenersi dall'assunzione di alcol per evitare il rischio di tossicità nelle prime fasi dell'embriogenesi. Poiché la ricerca non è riuscita a identificare una dose di alcol che possa essere considerata sicura durante la gravidanza, le linee guida internazionali, quella nazionale "Gravidanza Fisiologica" (6) pubblicata dall'SNLG nel 2010 e il documento di indirizzo del Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del 2019 (7) raccomandano l'astinenza completa dall'alcol durante la gravidanza e in allattamento. Nel caso di assunzione occasionale in allattamento di una modica quantità di bevanda a basso contenuto di alcol si raccomanda di distanziare la poppata di almeno 2 ore". Si suggerisce, inoltre, di prestare attenzione alle bevande dichiarate a contenuto 0 di alcol, in quanto spesso ne contengono una certa quantità, dichiarata in etichetta.

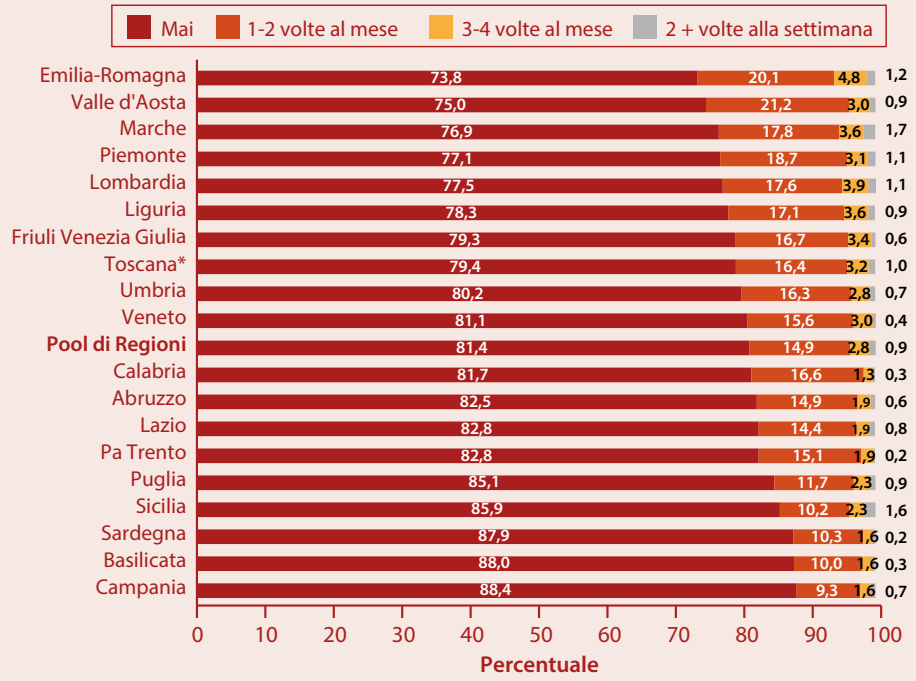
Risultati

Il consumo di bevande alcoliche è stato indagato chiedendo se durante la gravidanza e nei 30 giorni precedenti l'intervista fosse stato assunto alcol (anche solo mezzo bicchiere di vino o una birra piccola o un aperitivo) e con quale frequenza.

La grande maggioranza delle madri (81,4%) non ha assunto bevande alcoliche in gravidanza. Il 14,9% ha assunto alcol 1-2 volte al mese, il 2,8% 3-4 volte al mese e lo 0,9% 2 o più volte a settimana (Figura 7). Il consumo risulta più diffuso tra le madri del Centro-Nord.

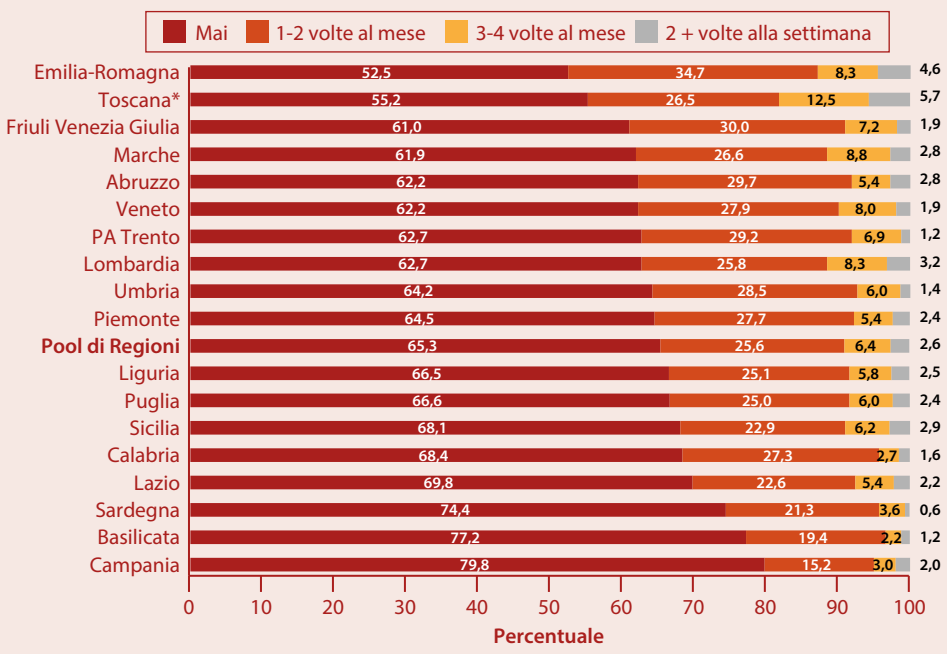
Episodi di *binge drinking* in gravidanza, definito come il consumo di almeno 4 unità di bevande alcoliche (bicchiere di vino o una lattina di birra o un aperitivo o un bicchiere di liquore) in un'unica occasione, sono stati riportati, con una frequenza di almeno 1-2 volte al mese, dal 4,0% delle madri (range 2,2%-8,5%) senza particolari differenze tra Regioni del Nord, Centro e Sud.

Il consumo di alcol in allattamento risulta più diffuso, rispetto alla gravidanza, sia in corrispondenza delle categorie di frequenza più basse sia di quelle più elevate, confermando lo svantaggio delle Regioni del Centro-Nord. Tra le madri che allattano, la quota che ha riferito di aver assunto alcol almeno 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista varia nella fascia d'età 2-5 mesi, tra il 3,4% in Basilicata e il 12,9% in Emilia-Romagna (Figura 8). In Toscana tale quota è stata calcolata a 3 mesi dal parto ▶



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 1 mese dal parto

Figura 7 - Consumo di bevande alcoliche in gravidanza



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 3 mesi dal parto

Figura 8 - Consumo di bevande alcoliche in allattamento - Madri di bambini/e di 2-5 mesi

risultando pari al 18,2%, a fronte di una media del 7,5% rilevata tra le madri di bambini/e di 3 mesi nel Pool di Regioni (dato non riportato in Figura 8).

Al crescere dell'età dei/delle bambini/e la quota di madri che ha consumato alcol in allattamento almeno 3-4 volte nei 30 giorni precedenti l'intervista aumenta, variando nella fascia 11-15 mesi tra il 3,4% in Campania e il 17,5% in Emilia-Romagna (Figura 9).

Il consumo di alcol in gravidanza è stato analizzato in relazione ad alcune variabili socioeconomiche (Tabella 4). Nella quasi totalità delle Regioni, tale consumo risulta maggiormente diffuso tra le madri più istruite rispetto alle meno istruite, mentre le differenze per difficoltà economiche risultano tendenzialmente più contenute e non vanno sempre nella stessa direzione nelle diverse Regioni. Anche le differenze nel consumo di alcol per cittadinanza variano da Regione a Regione, con uno svantaggio più evidente delle italiane nel Centro-Nord (a eccezione di Veneto e Lazio) e differenze tra italiane e straniere più fortemente variabili nel Sud con svantaggio delle une o delle altre a seconda della Regione.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il consumo di alcol in gravidanza almeno 1-2 volte al mese e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche). L'analisi ha rilevato un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, il consumo di bevande alcoliche è risultato maggiormente diffuso tra le madri ultratrentenni, le multipare, le italiane, le più istruite (licenza media superiore o laurea) e quelle che hanno riferito difficoltà economiche. Il consumo di alcol in gravidanza è pertanto più diffuso tra le madri di livello socioculturale più elevato, associazione che non trova conferma se si assume come outcome il solo consumo elevato. ▶

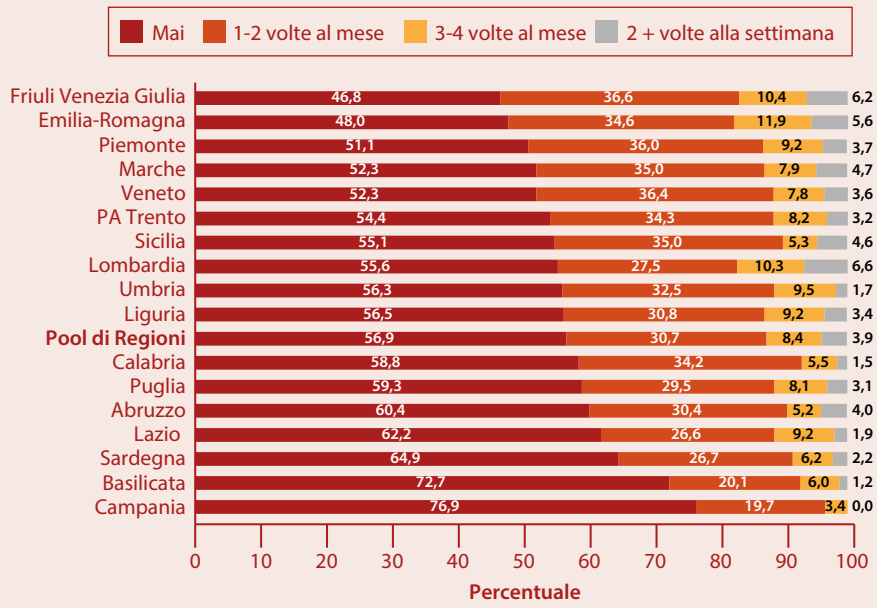


Figura 9 - Consumo di bevande alcoliche in allattamento - Madri di bambini/e di 11-15 mesi

Tabella 4 - Madri che hanno consumato bevande alcoliche con periodicità di almeno 1-2 volte al mese* (%) durante la gravidanza per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	18,4	23,5	24,3	23,1	23,0	24,0	17,7
Lombardia	5.047	19,2	21,4	24,4	21,8	22,7	23,6	17,8
PA** di Trento	1.713	11,2	16,9	18,6	19,5	16,8	17,7	15,1
Veneto	1.768	19,8	19,8	18,3	21,8	18,3	18,3	24,9
Friuli Venezia Giulia	1.624	11,7	22,3	21,8	20,1	21,5	21,4	17,1
Liguria	1.852	19,2	19,9	24,9	20,7	21,9	23,7	13,9
Emilia-Romagna	2.067	21,4	23,8	29,3	24,0	26,9	27,9	17,6
Umbria	2.247	17,5	19,9	19,7	21,8	18,2	20,8	14,2
Marche	1.678	20,4	23,3	23,7	24,3	22,7	24,1	16,3
Lazio	1.895	14,4	16,7	18,2	17,5	16,7	16,6	21,4
Abruzzo	1.806	17,4	16,3	19,0	19,7	16,2	17,3	20,3
Campania	2.412	11,6	11,0	13,1	13,3	11,0	11,9	9,2
Puglia	2.297	12,1	15,3	16,9	16,6	14,4	15,0	20,7
Basilicata	1.072	8,3	10,8	15,2	13,9	11,2	13,3	7,4
Calabria	2.577	20,4	18,6	16,5	20,2	15,8	18,6	7,4
Sicilia	1.521	14,5	12,9	15,6	15,2	11,6	14,0	9,2
Sardegna	1.727	10,6	11,5	13,9	12,7	11,9	11,7	25,7

(*) Con "almeno 1-2 volte al mese" si fa riferimento alle periodicità di 1-2 volte al mese, 3-4 volte al mese e più di due volte a settimana; *(**)* PA: Provincia Autonoma

Allattamento

L'OMS e l'UNICEF raccomandano l'allattamento esclusivo fino ai sei mesi di vita del/della bambino/a e la sua prosecuzione, in associazione a un'adeguata alimentazione complementare, fino ai 2 anni e oltre, se madre e figlio/a lo desiderano (36, 37). L'allattamento è la via fisiologica con cui il/la bambino/a assume i nutrienti di cui ha bisogno per un sano sviluppo. Il latte materno è un tessuto vivo che cambia sia durante la poppata che nell'arco del tempo, adattandosi al fabbisogno specifico del lattante che lo assume (38, 39).

L'allattamento ha numerosi benefici per la prole: riduce la mortalità postnatale e il rischio di morte improvvisa del lattante, le infezioni del tratto respiratorio, le malattie allergiche. Inoltre, previene patologie dell'infanzia e dell'età adulta quali il diabete di tipo 2, il sovrappeso e l'obesità (40-42). Nei/nelle bambini/e allattati/e è migliore lo sviluppo psicomotorio e cognitivo e viene favorito il consolidamento della relazione madre-figlio/a (43, 44). Nei nati pretermine, in particolare, il latte materno contribuisce a potenziare le difese immunitarie. Allattare offre anche benefici alla madre favorendone il recupero dopo il parto e diminuendo l'incidenza di alcune neoplasie femminili (mammella, utero e ovaie), del diabete di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari (45).

La bassa adesione a tali raccomandazioni in Italia (46, 47) porta a ribadire l'importanza di un'azione continua di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento (48) come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (49).

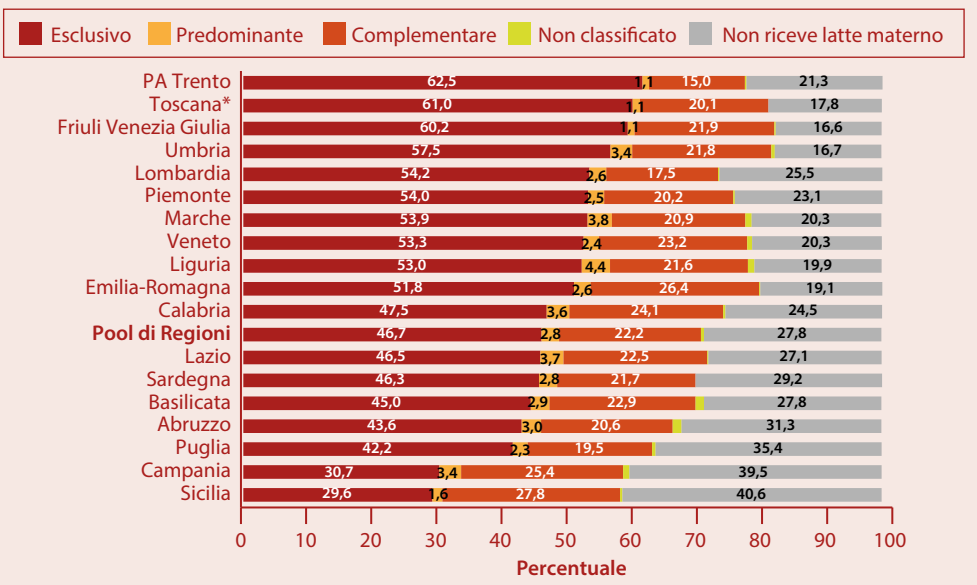
Risultati

L'allattamento e l'alimentazione del/della bambino/a sono stati indagati nel rispetto delle raccomandazioni OMS, utilizzando un set di domande che fanno riferimento alle 24 ore precedenti all'intervista (50).

I risultati mostrano che i bambini e le bambine allattati in maniera esclusiva a 2-3 mesi di età sono il 46,7% nel Pool di Regioni. A livello territoriale la quota varia tra il 29,6% in Sicilia e il 62,5% nella PA di Trento, assumendo valori decrescenti dalle Regioni del Centro-

Nord a quelle del Sud (Figura 10). In Toscana, la quota di allattamento esclusivo, rilevata a 3 mesi dal parto, risulta pari al 61,0% a fronte del 40,8% calcolato tra le madri di bambini/e di 3 mesi nel Pool di Regioni (dati non riportati in Figura 10).

La percentuale di allattamento esclusivo diminuisce notevolmente tra i/le bambini/e di 4-5 mesi risultando pari al 30,0% nel pool di Regioni, confermando a livello territoriale valori più bassi nel Sud e compresi tra il 13,5% della Sicilia e il 43,2 % della PA di Trento (Figura 11).



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 3 mesi dal parto

Figura 10 - Tipologia di allattamento (bambini/e di 2-3 mesi)

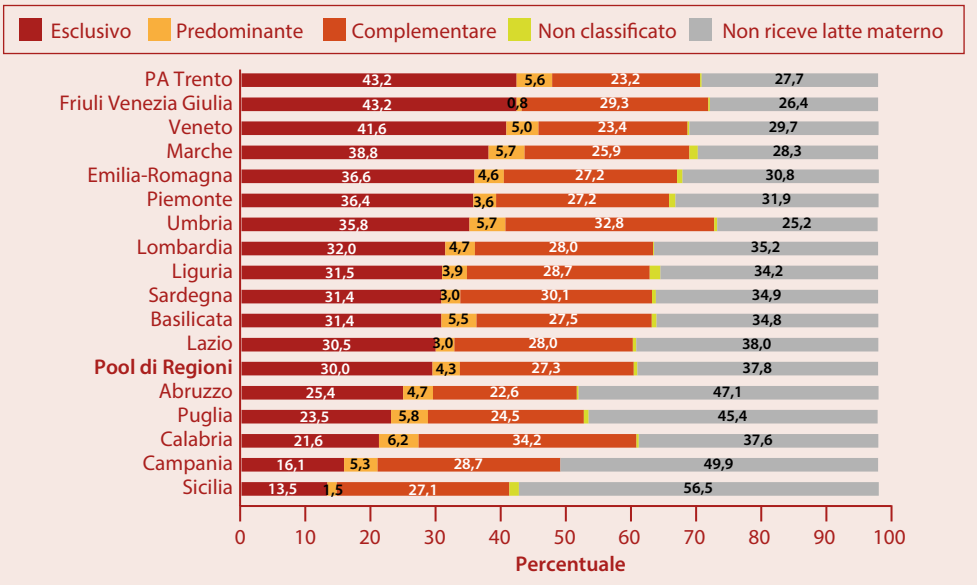


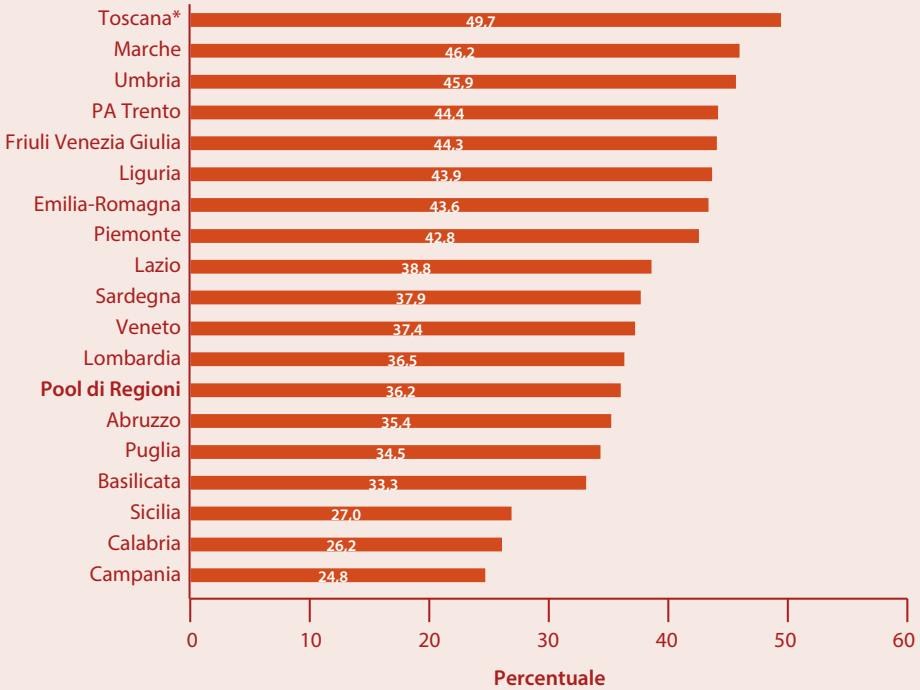
Figura 11 - Tipologia di allattamento (bambini/e di 4-5 mesi)

Analizzando la diffusione dell'allattamento oltre il primo anno di vita, la prevalenza di bambini/e che ha assunto latte materno nella fascia d'età 12-15 mesi risulta pari al 36,2% (Figura 12). A livello regionale la quota varia tra il 24,8% della Campania e il 46,2% delle Marche, confermando anche in questo caso valori più bassi nelle Regioni del Sud. In Toscana la quota di bambini/e che hanno ricevuto latte materno a 12 mesi dalla nascita è pari al 49,7% a fronte di una media del 39,1% calcolata sui bambini/e di 12 mesi nel Pool di Regioni (dato non riportato in Figura 12).

Il 13,0% del totale di bambini e bambine di 0-2 anni non è mai stato allattato, con quote più alte nelle Regioni del Sud e complessivamente comprese tra il 7,0% (Marche) e il 17,2% (Sicilia).

Nella Tabella 5 vengono riportate le prevalenze di bambini e bambine di 2-5 mesi allattati in maniera esclusiva in base alle caratteristiche socioeconomiche. In tutte le Regioni si rilevano quote più elevate tra le madri più istruite e tra quelle che hanno partecipato agli IAN. Per quanto riguarda le difficoltà economiche, le madri che dichiarano di non averne presentano, in tutte le Regioni con l'eccezione di Lazio e Sardegna, percentuali più alte di allattamento esclusivo rispetto a quelle che riferiscono difficoltà economiche. Le differenze nelle prevalenze di allattamento per cittadinanza vedono valori tendenzialmente più elevati tra le italiane nelle Regioni del Centro-Nord e tra le straniere nel Sud.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi ai lattanti di età inferiore a 6 mesi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra allattamento esclusivo e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche, partecipazione a uno IAN). L'analisi ha rilevato un effetto indipendente statisticamente



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 12 mesi dal parto

Figura 12 - Bambini/e che ricevono latte materno nella fascia d'età 12-15 mesi

Tabella 5 - Bambini/e di 2-5 mesi allattati/e (%) in maniera esclusiva per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza		IAN*	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera	Sì	No
Piemonte	850	34,1	41,0	55,4	43,8	46,6	46,7	40,1	49,9	35,1
Lombardia	3.373	33,7	39,7	49,6	39,8	44,1	43,2	41,7	46,5	33,7
PA** di Trento	757	44,9	48,7	58,2	46,0	54,7	53,4	51,4	55,1	41,7
Veneto	802	24,9	37,7	61,4	37,5	50,5	48,2	45,8	51,5	31,1
Friuli Venezia Giulia	797	37,6	45,6	59,4	44,9	54,9	50,8	55,4	54,2	42,3
Liguria	795	33,2	39,5	51,5	37,4	46,0	44,1	40,0	49,0	33,5
Emilia-Romagna	950	29,9	39,9	50,0	38,9	45,6	45,7	35,7	48,0	32,0
Umbria	942	42,9	42,7	54,7	46,8	48,9	50,0	41,5	52,9	37,6
Marche	775	29,6	42,4	53,4	42,6	48,4	47,3	40,1	50,3	36,7
Lazio	813	32,3	35,5	43,9	39,6	39,3	38,7	46,0	43,9	30,3
Abruzzo	802	22,2	31,5	42,2	28,7	38,7	34,8	40,1	39,2	28,8
Campania	1.106	19,5	22,0	29,8	21,3	25,3	23,2	39,0	27,6	22,4
Puglia	996	21,4	33,5	39,9	28,7	35,5	33,4	36,9	40,7	26,5
Basilicata	498	21,5	39,3	43,4	36,2	39,2	38,1	44,8	43,5	32,0
Calabria	1.528	24,1	33,8	43,1	32,5	39,1	35,6	43,4	37,1	35,0
Sicilia	593	17,9	21,6	27,2	20,2	24,4	22,6	22,6	27,6	17,3
Sardegna	702	26,2	37,5	47,2	39,9	38,9	39,2	47,6	46,0	32,3

(*) Partecipazione all'Incontro di accompagnamento alla nascita; *(**)* PA: Provincia Autonoma

significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, l'allattamento esclusivo è risultato significativamente più diffuso tra le madri più giovani (<35 anni), le pluripare, al crescere del livello di istruzione, tra le madri con cittadinanza straniera, quelle che non hanno riferito difficoltà economiche e quelle che hanno partecipato a uno IAN.

Posizione in culla

Circa il 50% dei casi di morte improvvisa e inattesa nel primo anno di vita non è attribuibile a una causa naturale o accidentale e viene associato, per esclusione, alla SIDS (nota anche come "morte in culla") (51). Questa sindrome colpisce più frequentemente i bambini e le bambine fra i 2 e i 4 mesi di vita (il 90% dei casi avviene prima dei 6 mesi) e ha un'incidenza di 1-1,5 su 1.000 nati vivi (52).

L'eziopatogenesi delle morti in culla non è ancora chiara, ciononostante le ricerche hanno identificato diversi fattori di rischio e di protezione anche se solo per alcuni le prove dell'associazione sono forti e non tutti i fattori di rischio sono facilmente modificabili (53). Associazioni conclusive sono emerse con la posizione nel sonno, l'esposizione all'alcol e al fumo sia ante che post natale, le caratteristiche dell'ambiente in cui dorme il/la bambino/a e l'allattamento (54).

La posizione a pancia in su nel sonno è il fattore protettivo più rilevante e sul quale è possibile intervenire efficacemente. Il suo ruolo preventivo è, infatti, confermato dalla riduzione di incidenza di SIDS nei Paesi che hanno adottato specifiche campagne di prevenzione (55).

Le linee guida internazionali e il documento di indirizzo del Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del 2019 raccomandano che ogni professionista che viene a contatto con la donna/coppia in gravidanza o nei primi giorni dopo il parto fornisca informazioni aggiornate sulla posizione nel sonno, anche ricorrendo al supporto di materiale informativo cartaceo (56, 7). Le indicazioni sul sonno sicuro vanno ▶

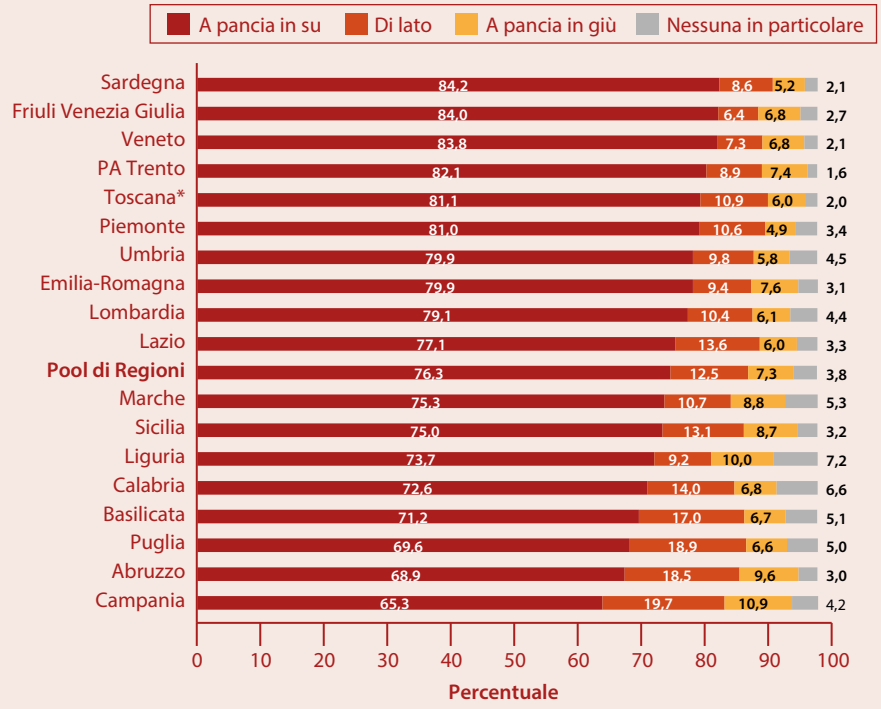
condivise con tutte le persone che si occupano, anche occasionalmente, del/della bambino/a per assicurare che l'inizio di ogni sonno avvenga posizionandolo/a, come raccomandato, a pancia in su. Dopo che il/la bambino/a apprende, durante il giorno, come girarsi attivamente da supino a prono e viceversa (capacità acquisita a età molto variabile e non prima del compimento dei 4 mesi di vita), non è necessario riposizionarlo/a nel caso dovesse girarsi spontaneamente nel sonno.

Risultati

La maggioranza delle madri del Pool di Regioni ha dichiarato di mettere a dormire il/la proprio/a figlio/a di 2-3 mesi a pancia in su secondo le raccomandazioni (76,3%), mentre circa un quarto delle madri posiziona il/la figlio/a in maniera non corretta (Figura 13). A livello regionale le quote di madri che mettono a dormire correttamente il/la figlio/a variano dal 65,3% in Campania all'84,2% in Sardegna con valori tendenzialmente più bassi nelle Regioni del Sud. Risulta ancora particolarmente diffuso, soprattutto al Sud, posizionare il/la bambino/a di lato (fenomeno che interessa quasi 2 bambini/e su 10 in Puglia, Abruzzo e Campania).

In tutte le Regioni, la quota di bambini/e posizionati in culla in modo corretto è sempre più elevata tra le madri più istruite con divari particolarmente accentuati rispetto alle meno istruite nelle Regioni del Sud e in Liguria (Tabella 6). In tutte le Regioni la prevalenza di madri che posiziona il/la bambino/a in culla in modo corretto risulta più elevata tra quelle che hanno partecipato agli IAN rispetto a chi non lo ha mai fatto.

Nella fascia d'età 4-5 mesi risultano posizionati a pancia in su i 2/3 dei/delle bambini/e del Pool (66,7%) con quote comprese tra il 53,2% in Sicilia e il 79,0% nella PA di Trento (Figura 14). La posizione di lato viene adottata in oltre il 20% dei casi in quasi tutte le Regioni del Sud e nel Lazio.



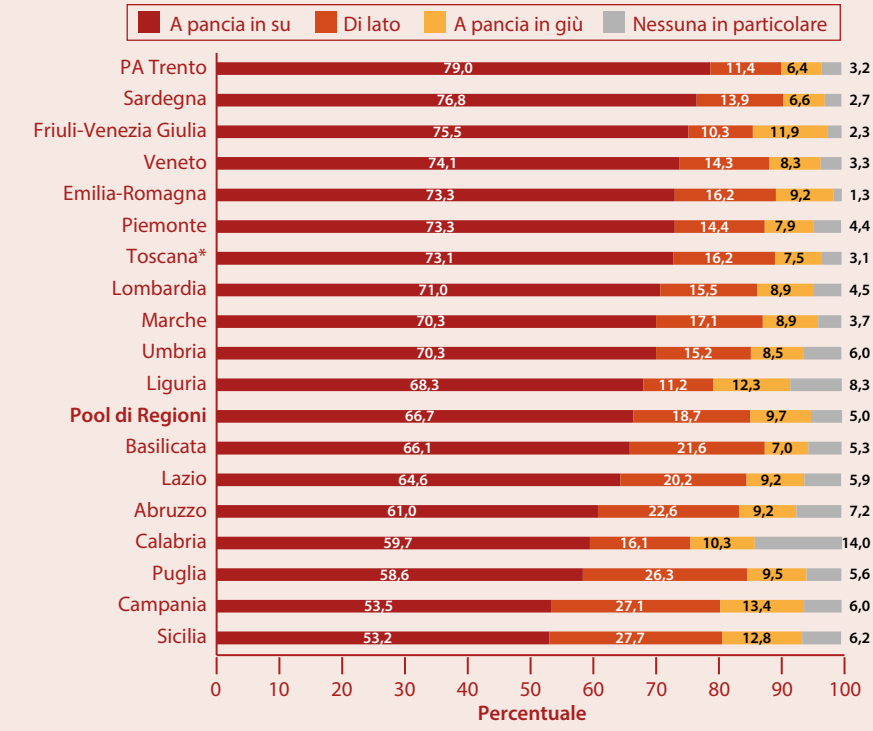
(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 3 mesi dal parto

Figura 13 - Posizione in culla (bambini/e di 2-3 mesi)

Tabella 6 - Madri che posizionano correttamente il/la bambino/a di 2-5 mesi in culla (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza		IAN*	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera	Sì	No
Piemonte	850	60,2	77,9	84,6	74,3	79,0	80,1	64,7	82,1	66,3
Lombardia	3.373	61,4	72,7	82,4	67,4	78,5	78,8	57,2	78,9	64,9
PA** di Trento	757	65,9	76,4	87,9	71,0	83,1	82,2	74,0	81,0	79,4
Veneto	802	63,2	77,8	83,9	74,4	80,3	80,6	68,6	81,6	69,6
Friuli Venezia Giulia	797	70,1	76,7	85,6	74,8	82,5	81,3	74,4	81,2	74,9
Liguria	795	55,1	69,1	80,4	65,2	74,0	76,1	55,0	77,2	61,2
Emilia-Romagna	950	67,2	73,1	80,8	70,3	79,0	77,6	70,6	79,1	69,1
Umbria	942	63,2	74,1	80,4	70,0	78,7	79,6	62,1	78,9	68,9
Marche	775	62,4	67,3	79,7	67,4	75,4	75,2	59,6	75,8	64,5
Lazio	813	55,6	64,3	79,8	67,6	73,5	71,9	68,9	75,5	64,0
Abruzzo	802	47,6	60,6	74,0	63,7	66,7	66,2	54,3	67,9	61,1
Campania	1.106	47,8	57,6	72,5	55,0	62,6	59,5	71,0	65,6	56,7
Puglia	996	44,6	63,2	77,1	56,6	68,1	65,0	49,1	70,8	57,3
Basilicata	498	52,0	65,6	81,2	69,7	68,5	68,5	58,5	70,0	68,8
Calabria	1.528	48,2	68,5	69,8	65,8	68,1	67,2	49,5	70,4	64,6
Sicilia	593	55,5	67,6	68,7	59,9	70,3	66,6	51,4	68,0	63,4
Sardegna	702	71,1	82,5	84,5	79,6	81,8	81,6	58,4	83,2	77,9

(*) Partecipazione all'Incontro di accompagnamento alla nascita; *(**)* PA: Provincia Autonoma



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 6 mesi dal parto

Figura 14 - Posizione in culla (bambini/e di 4-5 mesi)

In Toscana la quota di bambini/e posizionati a pancia in su in culla risulta pari all'81,1% e al 73,1% rispettivamente a 3 e a 6 mesi dal parto, a fronte di quote del 71,0% e del 56,2% rilevate tra i/le bambini/e di 3 mesi e 6 mesi nel Pool di Regioni (dati non riportati nelle Figure 13 e 14).

Nella Tabella 6 vengono riportate le prevalenze di bambini e bambine di 2-5 mesi posizionati correttamente in culla per caratteristiche socioeconomiche. In tutte le Regioni tale quota risulta più elevata tra le madri più istruite con divari particolarmente accentuati rispetto alle meno istruite.

Nella quasi totalità delle Regioni si rilevano, inoltre, prevalenze più elevate di bambini/e posizionati/e correttamente in culla tra le madri che hanno partecipato agli IAN, quelle con cittadinanza italiana e quelle che non hanno riferito difficoltà economiche, seppur con differenze meno marcate nei confronti delle più svantaggiate rispetto a quelle rilevate al variare del livello d'istruzione.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi a bambini e bambine di età inferiore a 6 mesi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra posizionamento corretto in culla e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche, partecipazione agli IAN). L'analisi ha rilevato un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, il corretto posizionamento (a pancia in su) è risultato più frequentemente adottato tra le madri ultratrentenni, le primipare, quelle con cittadinanza italiana, al crescere del livello di istruzione, tra quelle che non hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese e quelle che hanno partecipato agli IAN.

Lettura in famiglia

La lettura in famiglia dai primi mesi di vita del bambino e della bambina è associata a un migliore sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale che contribuisce a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socioculturale favorendo la capacità di comprendere un testo in età prescolare e facilitando l'apprendimento una volta a scuola (57, 58). La lettura dialogica[2], in particolare, sembra essere la modalità più efficace di interazione mediata dalla lettura tra adulto e bambino/a (59). Stimolando precocemente nei bambini e nelle bambine la *literacy*, cioè le competenze intellettuali relative a lettura e scrittura, si facilita la loro autonoma capacità di svilupparla e si migliorano gli indicatori di salute e di realizzazione personale (60, 61).

La lettura in famiglia ha effetti positivi anche sulla relazione tra caregiver e bambino/a (62, 63) può essere occasione di un'esperienza piacevole per entrambi e rafforza la fiducia dei genitori nelle proprie competenze (64).

Al fine di promuovere la lettura precoce in famiglia, negli ultimi anni sono state sviluppate diverse iniziative a livello internazionale quali il progetto "BookTrust/Bookstart" del Regno Unito (https://www.booktrust.org.uk/) grazie al quale ogni nato riceve in dono dei libri e il progetto "Reach out and Read" negli Stati Uniti (https://reachoutandread.org/). In Italia è attivo il programma "Nati per Leggere" sviluppato dall'associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino (https://www.natiperleggere.it/). Il programma, attivo in tutte le Regioni italiane, propone gratuitamente attività di lettura alle famiglie con bambini/e fino ai 6 anni di età.

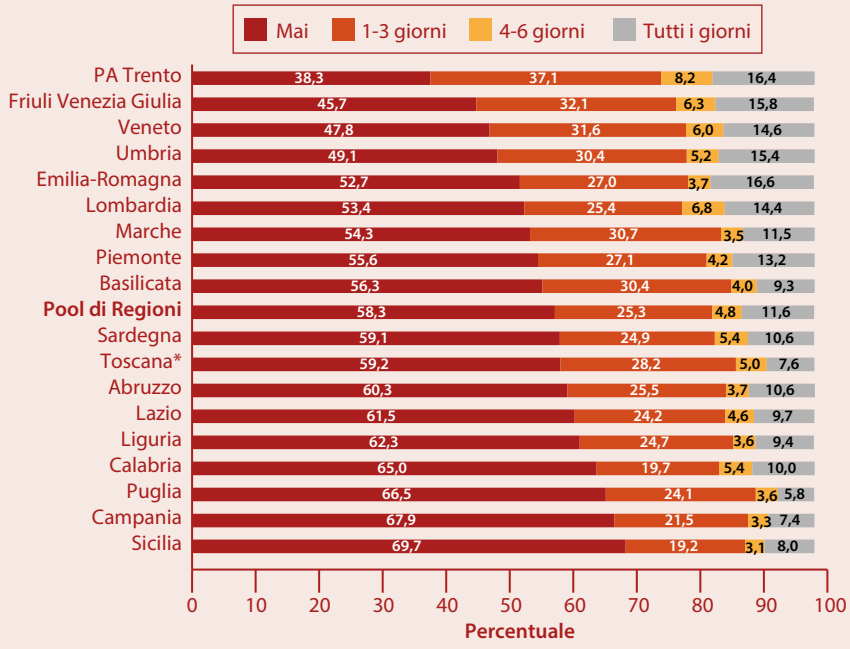
[2]La lettura dialogica è una modalità di lettura praticata sotto forma di dialogo interattivo con l'ascoltatore. Nella lettura dialogica l'adulto stimola il bambino o la bambina a partecipare alla lettura condivisa di un libro facendogli domande, espandendone le risposte e mettendo in relazione la storia del libro con l'esperienza del bambino. *"La lettura dialogica differisce radicalmente dal modo tradizionale con cui gli adulti leggono ai bambini. Il cambiamento di ruolo è fondamentale: se nella tipica condizione di lettura l'adulto legge e il bambino ascolta, nella forma dialogica il bambino impara a diventare narratore della storia. L'adulto assume progressivamente il ruolo di un ascoltatore attivo, proponendo domande, aggiungendo informazioni, suggerendo al bambino di arricchire l'esposizione contenuta nel libro"* (Grover Whitehurst).

Risultati

Alle madri è stato chiesto se, durante la settimana precedente l'intervista, avessero letto un libro al/alla proprio/a figlio/a. La proporzione di bambini e bambine di 2-5 mesi di età cui non era stato letto alcun libro era pari al 58,3% nel Pool di Regioni con variabilità compresa tra il 38,3% della PA di Trento e il 69,7% della Sicilia. Complessivamente, si confermano valori più alti nelle Regioni del Sud (Figura 15). La quota di bambini/e cui invece sono stati letti libri tutti i giorni si attesta all'11,6% nel Pool di Regioni con un range compreso tra il 5,8% della Puglia e il 16,6% dell'Emilia-Romagna. Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'abitudine alla lettura a 3 mesi dalla nascita: al 59,2% dei piccoli non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista, nel Pool di Regioni il dato tra i/le bambini/e di 3 mesi è pari al 64,1% (dato non riportato in Figura 15).

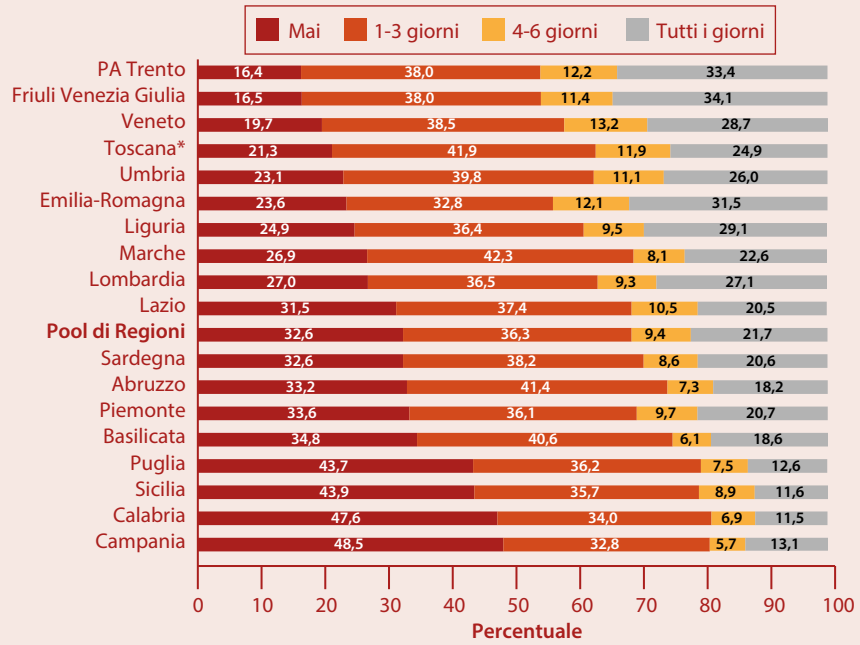
La quota di bambini e bambine nella fascia di età 11-15 mesi cui non è stato letto alcun libro nella settimana precedente l'intervista varia tra il 16,4% della PA di Trento e il 48,5% della Campania, confermando che, anche al crescere dell'età dei/delle bambini/e, le Regioni del Sud presentano quote più elevate di mancata lettura (Figura 16). L'esposizione quotidiana alla lettura interessa invece quote di bambini/e comprese tra l'11,5% in Calabria e il 34,1% in Friuli Venezia Giulia. Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'abitudine alla lettura a 12 mesi dalla nascita: al 21,3% dei piccoli non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista, mentre nel Pool di Regioni il dato rilevato tre le madri di bambini/e di 12 mesi risulta essere pari al 32,2% (dato non riportato in Figura 16).

Nella Tabella 7 vengono riportate le prevalenze di bambini e bambine di 0-2 anni cui non è stato letto alcun libro nella settimana precedente l'intervista per caratteristiche ▶



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 3 mesi dal parto

Figura 15 - Frequenza con cui sono stati letti libri al/alla bambino/a (età 2-5 mesi) nella settimana precedente l'intervista



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 12 mesi dal parto

Figura 16 - Frequenza con cui sono stati letti libri al/alla bambino/a (età 11-15 mesi) nella settimana precedente l'intervista

Tabella 7 - Bambini/e a cui non sono stati letti libri nella settimana precedente l'intervista (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza		Lettrice	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera	Sì	No
Piemonte	1.911	59,1	49,3	30,8	48,5	41,6	40,8	56,1	33,0	59,2
Lombardia	5.047	62,9	46,0	28,8	47,9	37,8	38,4	51,3	29,9	57,1
PA* di Trento	1.713	57,4	31,9	15,7	37,4	23,4	23,0	46,4	17,9	43,6
Veneto	1.768	40,9	38,2	24,8	33,2	32,2	31,5	41,2	23,5	48,6
Friuli Venezia Giulia	1.624	50,0	33,6	22,2	32,5	28,8	29,3	33,0	21,9	44,7
Liguria	1.852	59,9	46,1	32,6	49,1	40,8	40,4	54,2	28,5	62,2
Emilia-Romagna	2.067	56,6	46,0	27,2	42,2	35,9	35,4	49,8	27,9	55,4
Umbria	2.247	51,2	38,0	25,6	41,1	30,7	30,4	49,0	23,2	51,1
Marche	1.678	57,8	48,0	28,5	43,1	37,9	37,8	51,7	27,1	56,9
Lazio	1.895	66,5	53,4	35,2	49,6	43,2	45,5	48,2	32,8	62,9
Abruzzo	1.806	67,9	51,3	34,9	50,1	43,1	44,6	56,0	29,6	62,8
Campania	2.412	71,0	61,6	43,7	62,8	56,2	58,4	62,0	34,8	77,1
Puglia	2.297	73,0	56,3	39,7	56,8	52,6	53,9	61,9	31,9	73,9
Basilicata	1.072	55,5	44,8	30,0	44,3	40,1	42,6	58,0	27,6	53,9
Calabria	2.577	70,9	57,6	44,6	56,2	54,7	55,5	56,5	32,7	68,8
Sicilia	1.521	69,6	57,5	37,8	61,4	52,3	54,1	66,3	33,7	72,1
Sardegna	1.727	54,6	50,4	30,4	47,3	41,7	43,7	44,2	30,4	60,6

(*) PA: Provincia Autonoma

socioeconomiche. L'abitudine a leggere libri al proprio bambino/a è un determinante di salute fortemente dipendente dalle caratteristiche della madre. Le quote di bambini/e cui non sono stati letti libri risultano fortemente crescenti al diminuire del livello d'istruzione delle madri in tutte le Regioni, così come si rilevano ovunque quote più elevate di mancata lettura tra le madri straniere e quelle che hanno riferito difficoltà economiche.

Le madri sono state classificate come lettrici o non lettrici a seconda che abbiano dichiarato di aver letto o meno almeno un libro per motivi non strettamente scolastici o professionali nel corso degli ultimi 12 mesi. Nella quasi totalità delle Regioni si rilevano, tra le madri classificate come non lettrici, quote di bambini/e ai/alle quali non è stato letto alcun libro nella settimana precedente l'intervista più che doppie rispetto a quelle rilevate tra le lettrici.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi relativi ai bambini e alle bambine di almeno 6 mesi di età di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra la lettura precoce in famiglia e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche, propensione alla lettura della madre), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione della presenza/assenza di difficoltà economiche. In particolare, la mancata lettura al/alla bambino/a è risultata più diffusa tra le madri non lettrici, le madri più giovani (sotto i 30 anni), le primipare, al diminuire del livello di istruzione e tra quelle con cittadinanza straniera.

Esposizione a schermi

L'esposizione alle tecnologie digitali (smartphone, tablet, personal computer, televisione e videogiochi) coinvolge sempre più spesso anche i più piccoli, già a partire dai primi mesi di vita (65).

Studi sull'uso eccessivo della televisione da parte di bambini e bambine di età prescolare dimostrano correlazioni con aumento del rischio di sovrappeso, diabete di tipo 2, malattie dell'apparato cardiovascolare e disturbi osteo-articolari, aumento delle difficoltà di concentrazione, attenzione e comprensione, rischio di comparsa di disturbi nel sonno, comportamenti aggressivi, ansia e irritabilità, aumento del rischio di sviluppare ritardi del linguaggio e disturbi cognitivi e rischio di sviluppare dipendenza da tecnologie digitali (66).

Il corpus di evidenze su questo tema è in rapido aumento e fa emergere quanto un sano sviluppo cognitivo, emotivo e senso-motorio dei bambini e delle bambine di meno di due anni richieda esplorazione pratica e sociale tramite solide relazioni con gli adulti di riferimento, esperienze che non possono essere mediate dalla tecnologia (67, 68).

I genitori dovrebbero essere informati sulla necessità di evitare che i bambini e le bambine al di sotto dei due anni vengano esposti a dispositivi multimediali e di limitarne l'utilizzo a massimo un'ora al giorno fra i due e cinque anni come da raccomandazioni internazionali acquisite a livello nazionale (69, 70).

Risultati

L'esposizione a schermi è stata indagata chiedendo alle madri di indicare la frequenza giornaliera con cui il/la bambino/a viene posto davanti a televisione, computer, tablet o telefoni cellulari.

Nella fascia d'età 2-5 mesi oltre un quinto dei piccoli (22,1%) nel Pool di Regioni trascorre del tempo davanti a uno schermo, con quote tendenzialmente più elevate nelle Regioni del Sud e comprese tra il 13,5% della PA di Trento e il 30,3% di Puglia e Sicilia (Figura 17). La maggior parte dei/delle bambini/e viene esposto per meno di un'ora al giorno, ma quote comprese tra l'1,9% in Veneto e il 9,1 % in Calabria lo sono per almeno 1-2 ore al giorno.

I livelli di esposizione crescono all'aumentare dell'età dei bambini e bambine in tutte le Regioni. Tra gli 11 e i 15 mesi le quote dei piccoli che passano almeno 1-2 ore al giorno davanti a uno schermo variano tra il 6,5% nella PA di Trento e il 39,3% in Calabria (Figura 18), confermando quote più elevate nelle Regioni del Sud sia in corrispondenza delle frequenze di esposizione più basse che di quelle più elevate. ▶

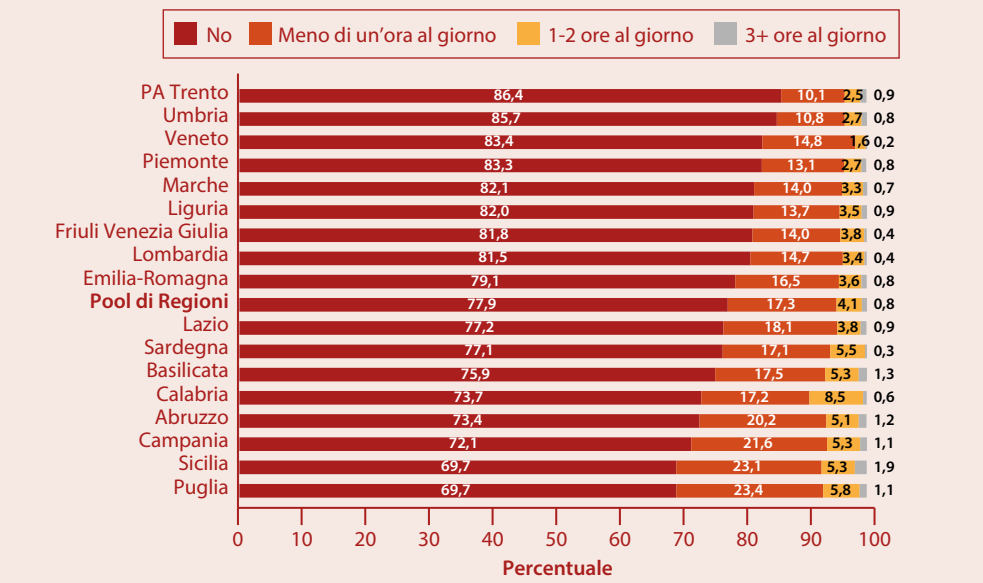
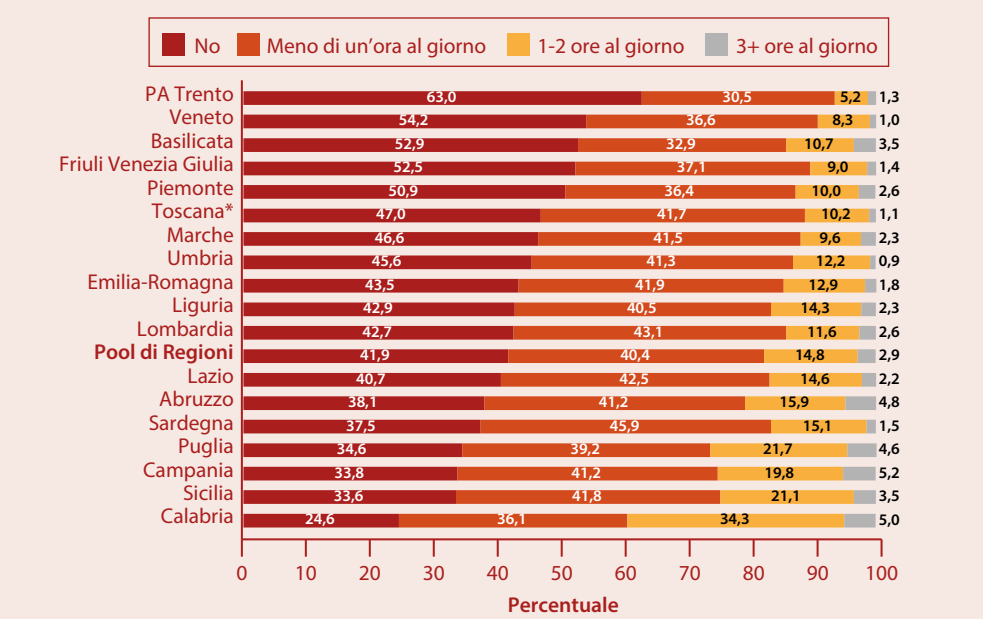


Figura 17 - Frequenza con cui il/la bambino/a (età 2-5 mesi) viene esposto/a a schermi



(*) Dati dell'indagine sul percorso nascita in Toscana (anno 2022); informazione rilevata a 12 mesi dal parto

Figura 18 - Frequenza con cui il/la bambino/a (età 11-15 mesi) viene esposto/a a schermi

Per la Toscana è stata riportata l'informazione sull'esposizione a schermi a 12 mesi dal parto, risultata pari al 53,0%, a fronte di una media del 54,3% rilevata tra i/le bambini/e di 12 mesi nel Pool di Regioni (dato non riportato in Figura 18).

Nella Tabella 8 vengono riportate le prevalenze di tutti i bambini e le bambine fra 0 e 2 anni esposte a schermi per caratteristiche socioeconomiche. In tutte le Regioni le quote di esposizione a schermi risultano più elevate tra le madri meno istruite e tra quelle che hanno riferito difficoltà economiche. L'esposizione risulta inoltre più diffusa tra le madri straniere nella quasi totalità delle Regioni con alcune eccezioni nel Sud dove si rileva per Puglia, Calabria e Sardegna uno svantaggio delle madri con cittadinanza italiana.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra l'esposizione del/della bambino/a a schermi e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione dell'età materna. In particolare, l'esposizione a schermi è risultata maggiormente diffusa tra le primipare, al diminuire del livello d'istruzione, tra le straniere e tra le madri che hanno riferito difficoltà economiche ad arrivare a fine mese.

Vaccinazioni

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggiore efficacia nella prevenzione di malattie infettive in grado di causare gravi complicazioni di salute. I vaccini presentano standard, in termini di efficacia e sicurezza, più elevati rispetto ad altri farmaci perché sono somministrati a soggetti sani; sono, inoltre, oggetto di sorveglianza di eventuali effetti avversi attraverso sistemi di farmacovigilanza e rigorosi studi epidemiologici (71, 72). Nel 2022 i servizi di vaccinazione, a livello globale, hanno raggiunto 4 milioni di bambini e bambine in più rispetto all'anno precedente grazie all'intensificazione degli sforzi per affrontare la riduzione delle vaccinazioni causata dalla pandemia da COVID-19 (73, 74). Attualmente, in Italia vengono offerte gratuitamente e attivamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) le seguenti vaccinazioni ▶

Tabella 8 - Bambini/e esposti/e a schermi (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	43,7	36,8	26,9	39,3	31,8	33,4	37,2
Lombardia	5.047	50,8	38,7	32,5	45,7	34,5	35,1	50,5
PA* di Trento	1.713	33,6	31,4	20,2	35,6	23,8	23,6	42,2
Veneto	1.768	38,1	37,2	26,7	42,7	28,9	31,5	42,6
Friuli Venezia Giulia	1.624	47,4	37,9	25,1	39,1	30,4	31,2	44,6
Liguria	1.852	46,0	38,0	36,3	43,3	36,4	37,5	43,0
Emilia-Romagna	2.067	45,7	43,7	33,1	49,6	33,7	36,3	49,3
Umbria	2.247	51,7	38,2	33,6	45,0	34,0	35,8	46,5
Marche	1.678	47,4	39,4	32,1	42,8	33,6	35,2	47,2
Lazio	1.895	44,7	47,6	37,5	46,8	40,3	41,7	48,5
Abruzzo	1.806	51,3	49,5	43,6	50,5	45,2	45,9	56,5
Campania	2.412	55,3	49,5	47,9	51,8	50,0	50,3	52,2
Puglia	2.297	53,2	52,1	44,5	52,8	48,3	50,3	44,5
Basilicata	1.072	40,2	34,1	32,7	40,4	31,9	36,3	47,4
Calabria	2.577	57,3	55,3	46,8	58,1	46,6	53,2	49,4
Sicilia	1.521	54,2	53,2	44,3	53,2	48,3	50,5	53,7
Sardegna	1.727	48,6	48,8	37,4	49,7	41,7	45,0	32,4

(*) PA: Provincia Autonoma

nei primi due anni di vita: esavalente (vaccinazione contro difterite-poliomielite-tetano-epatite B-pertosse-*Haemophilus influenzae* tipo b), anti-rotavirus, anti-pneumococcica, anti-meningococcica B, anti-meningococcica ACWY[3], vaccinazione contro morbillo, rosolia, parotite e varicella e anti-influenzale (75, 76).

È importante che i/le bambini/e vengano vaccinati/e secondo le tempistiche stabilite dal calendario vaccinale, inserito nel nostro Paese all'interno del DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il lattante è vaccinabile dal 61° giorno di vita e un ritardo nell'inizio delle vaccinazioni può mettere a rischio la sua salute nei primi mesi di vita, periodo in cui alcune malattie possono essere più pericolose (77, 78).

Risultati

Alle madri è stato chiesto quali erano le loro intenzioni riguardo alle vaccinazioni future previste dal calendario vaccinale. Il 76,1% delle madri del Pool di Regioni ha dichiarato di voler effettuare sia le vaccinazioni obbligatorie che quelle raccomandate (Figura 19). Le quote regionali variano dal 68,6% della Valle d'Aosta all'83,7% della Basilicata. Nelle Regioni dove tale quota risulta più bassa si rileva una più diffusa intenzione di effettuare solo le vaccinazioni obbligatore con quote comprese tra il 10,2% della Basilicata e il 23,8% della Valle d'Aosta.

In tutte le Regioni quote più elevate di madri che dichiarano di voler effettuare sia le vaccinazioni obbligatorie che quelle raccomandate sono state rilevate tra le più istruite e tra quelle che non hanno riferito difficoltà economiche (Tabella 9). Per quanto riguarda la cittadinanza, nelle Regioni del Centro-Nord le quote di madri intenzionate a effettuare tutte le vaccinazioni risultano più elevate tra le italiane, mentre nelle Regioni del Sud, con l'eccezione di Abruzzo e Sardegna, risultano più elevate tra le straniere.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associa-

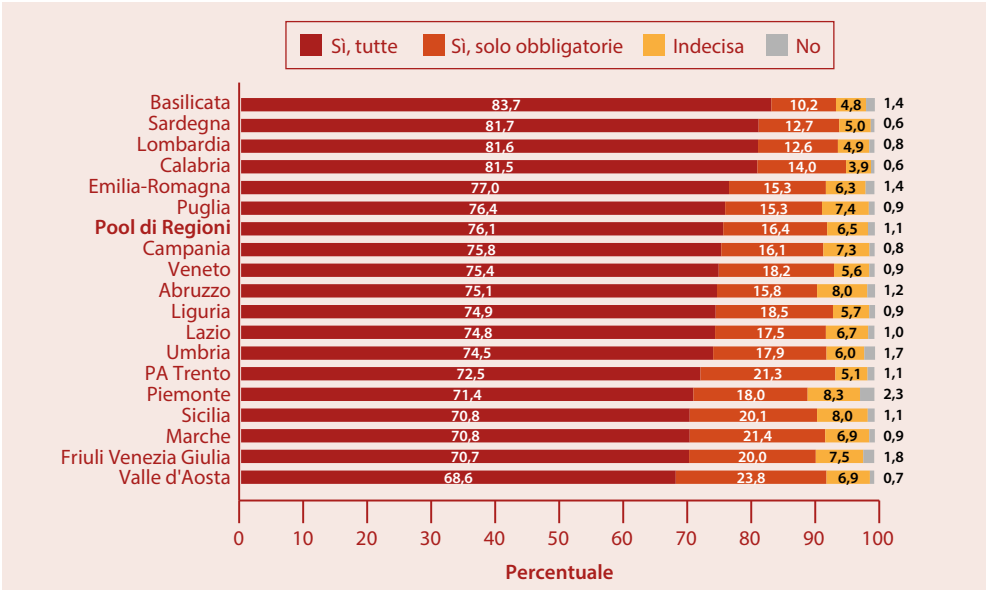


Figura 19 - Intenzione delle madri riguardo alle vaccinazioni pediatriche future

[3]Il nuovo calendario vaccinale approvato, insieme al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025, in Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 3 agosto 2023, ha introdotto l'offerta della vaccinazione antimeningococcica quadrivalente al compimento del primo anno d'età anziché la monovalente (C).

Tabella 9 - Madri che hanno dichiarato di voler effettuare tutte le vaccinazioni future (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	55,2	70,3	81,0	62,6	76,0	75,8	54,9
Lombardia	5.047	71,0	78,7	87,5	72,3	85,1	83,9	70,9
PA* di Trento	1.713	64,8	70,1	76,6	65,9	74,9	73,4	68,3
Veneto	1.768	68,5	72,7	81,3	69,6	78,6	77,9	63,2
Friuli Venezia Giulia	1.624	55,1	68,4	78,2	62,4	76,3	72,9	63,3
Liguria	1.852	71,5	71,6	81,0	69,6	77,5	76,2	71,5
Emilia-Romagna	2.067	64,0	73,5	83,9	69,8	81,5	81,4	60,6
Umbria	2.247	67,8	70,1	82,2	68,7	78,9	76,6	69,6
Marche	1.678	64,3	65,1	77,2	65,2	73,8	71,8	65,1
Lazio	1.895	65,2	68,6	82,7	68,9	78,4	76,4	64,7
Abruzzo	1.806	63,4	72,3	81,1	70,3	78,4	76,2	68,1
Campania	2.412	66,9	75,0	84,6	71,6	78,1	76,2	77,7
Puglia	2.297	69,2	74,0	85,9	72,8	79,1	76,6	82,0
Basilicata	1.072	79,7	83,8	84,8	76,2	86,6	83,4	84,4
Calabria	2.577	72,4	80,9	87,7	79,3	85,1	81,6	90,7
Sicilia	1.521	61,5	68,3	84,1	69,3	73,8	71,4	79,5
Sardegna	1.727	69,4	80,6	89,9	81,0	82,7	82,2	74,2

(*) PA: Provincia Autonoma

zione tra l'intenzione di voler effettuare tutte le vaccinazioni e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione della parità. In particolare, l'intenzione di effettuare tutte le future vaccinazioni previste è risultata più diffusa tra le ultratrentenni, all'aumentare del livello d'istruzione, tra le italiane e tra le madri che non hanno riferito difficoltà economiche.

Sicurezza in casa

Nella maggior parte dei Paesi industrializzati gli incidenti domestici rappresentano una causa rilevante di morbosità e mortalità soprattutto tra i più piccoli (79). Gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte violenta in Italia per i bambini e le bambine tra 0 e 5 anni (80). Gli ultimi dati disponibili dal sistema di sorveglianza degli incidenti domestici, coordinato dall'ISS, mostrano che il tasso di accesso al pronto soccorso ospedaliero per infortuni domestici è più elevato nella fascia di età sotto i 5 anni (8.173 accessi annui ogni 100.000 abitanti) rispetto alla popolazione generale (3.075 accessi annui ogni 100.000 abitanti (81). Gli incidenti domestici più frequenti tra i/le bambini/e sono le cadute, le ustioni, l'ostruzione delle vie aeree con corpi estranei, l'avvelenamento e l'annegamento.

La riduzione del rischio di infortunio può essere promosso attraverso l'adozione di diversi accorgimenti (uso corretto del fasciatoio, valutazione della temperatura dell'acqua del bagnetto ecc.) sui quali i genitori e chi si occupa del/della neonato/a devono avere informazioni adeguate. È bene che ricevano informazioni anche in merito a come organizzare l'ambiente domestico seguendo le tappe di sviluppo del/della bambino/a. Nei primi mesi di vita la sicurezza della prole dipende, infatti, esclusivamente dagli adulti e i rischi maggiori sono legati a inesperienza, stanchezza o fretta. La crescita del/della ▶

bambino/a comporta l'acquisizione di nuove abilità tra cui l'autonomia nel movimento per cui occorre adeguare gli spazi e la collocazione degli oggetti. In questa fase la prevenzione degli incidenti domestici risulta particolarmente complessa per la grande varietà delle dinamiche con cui possono avvenire (82).

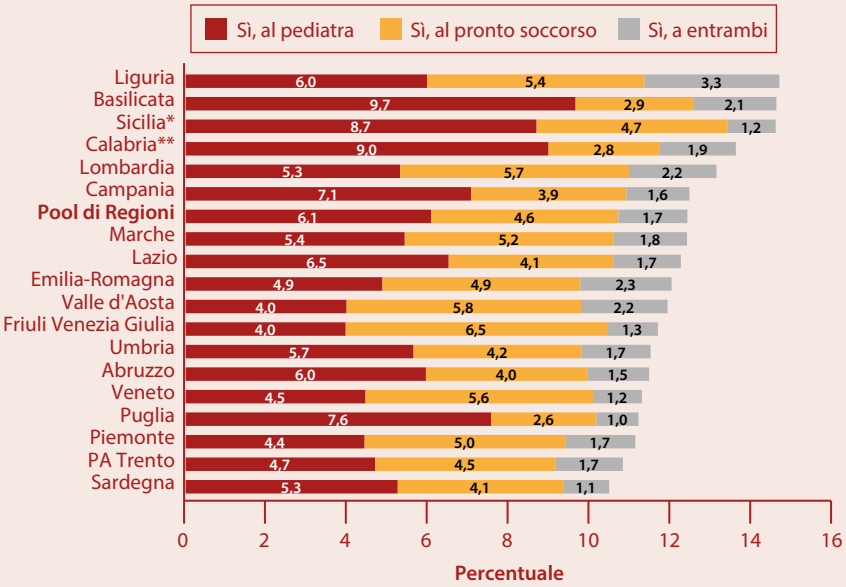
Risultati

Il 12,4% delle madri nel Pool di Regioni ha dichiarato di essersi rivolto al personale sanitario per un incidente domestico occorso al proprio figlio/a (cadute, ferite, ustioni, ingestione di sostanze nocive ecc.) rivolgendosi al pediatra e/o al pronto soccorso, con quote che variano dal 10,5% in Sardegna al 14,7% in Liguria (Figura 20). Nelle Regioni del Centro e soprattutto del Sud si registra un maggior ricorso al pediatra, mentre nel Nord non si rilevano sostanziali differenze tra ricorso al pediatra o al pronto soccorso.

Nella Tabella 10 vengono riportate le prevalenze regionali di madri ricorse a personale sanitario per incidente domestico del/della figlio/a per caratteristiche socioeconomiche. Nella quasi totalità delle Regioni si rilevano quote più elevate tra le madri che dichiarano difficoltà economiche (con l'eccezione di Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Sardegna) e tra quelle con cittadinanza italiana (con l'eccezione di Lazio, Abruzzo e Sardegna).

Le differenze per livello di istruzione risultano invece più variabili a livello territoriale e dipendenti dalle singole Regioni.

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra il ricorso a personale sanitario per incidente domestico del/della bambino/a e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche), rilevando un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili a eccezione del livello d'istruzione. In particolare, il ricorso a personale sanitario per incidente domestico è risultato maggiormente diffuso tra le madri più giovani (sotto i 30 anni di età), le multipare, quelle con cittadinanza italiana e quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese.



(*) Esclusa l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa; *(**)* esclusa l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Figura 20 - Madri che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del/della figlio/a per tipologia di accesso

Tabella 10 - Madri che si sono rivolte al pediatra e/o al pronto soccorso per incidente domestico del/della figlio/a (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	12,3	11,3	10,1	15,1	9,4	11,5	9,8
Lombardia	5.047	18,1	11,7	12,6	14,6	12,4	13,1	12,7
PA* di Trento	1.713	14,8	12,2	9,0	15,4	9,5	11,0	9,7
Veneto	1.768	7,1	12,0	11,6	14,3	10,1	11,3	9,1
Friuli Venezia Giulia	1.624	10,6	12,0	11,3	11,2	11,6	11,5	10,4
Liguria	1.852	12,4	15,1	15,4	17,3	13,7	15,6	11,7
Emilia-Romagna	2.067	9,6	13,0	11,6	15,5	10,3	12,3	9,6
Umbria	2.247	12,6	11,9	10,6	15,1	9,5	11,8	10,3
Marche	1.678	9,5	10,4	14,3	13,5	11,5	12,5	10,6
Lazio	1.895	15,4	11,6	11,9	15,2	10,4	12,0	12,1
Abruzzo	1.806	16,8	11,2	10,4	14,8	9,7	10,9	16,0
Campania	2.412	12,2	12,1	13,1	13,5	11,9	12,3	11,6
Puglia	2.297	10,7	11,9	11,1	14,2	10,1	11,6	8,0
Basilicata	1.072	15,0	16,9	9,6	14,3	14,8	13,5	11,3
Calabria	2.577	12,4	15,4	10,6	17,0	9,7	13,8	9,5
Sicilia	1.521	14,8	15,2	14,5	15,3	14,4	15,1	9,6
Sardegna	1.727	9,9	10,0	10,1	9,6	10,5	9,8	14,9

(*) PA: Provincia Autonoma

Sicurezza in auto

Garantire il trasporto in auto in sicurezza per i bambini e le bambine rappresenta un'importante azione di sanità pubblica da promuovere informando i genitori sui vantaggi offerti dall'uso sistematico e corretto dei sistemi di ritenuta anche per brevi tragitti in auto. Il trasporto di bambini e bambine a bordo dei veicoli è disciplinato dal Codice della strada che prevede l'uso obbligatorio di dispositivi di protezione omologati, sin dalla nascita (83). La scelta del dispositivo da utilizzare (seggiolini, navicelle o adattatori) deve essere fatta in base al peso e all'altezza del/della bambino/a, mentre è assolutamente vietato il trasporto in braccio, che aggrava, in caso di incidente, le conseguenze sul/la bambino/a (84). Se tutti i bambini e le bambine fossero correttamente allacciati si stima che si potrebbe evitare un trauma non mortale su quattro (85). È importante ricordare ai genitori che da novembre 2019 è previsto che a bordo dei veicoli in cui si trasportano bambini/e di età inferiore ai quattro anni sia installato anche un dispositivo antiabbandono che si attiva nel caso di allontanamento del conducente e che può essere integrato nel seggiolino o indipendente dal sistema di ritenuta (86, 87).

In Italia nel 2018 era stata avviata una campagna di sensibilizzazione[4] perché, nonostante negli anni la normativa avesse notevolmente migliorato il livello di sicurezza, era ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo comunitario "Vision ▶

[4]Campagna "Bimbi in auto", Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti in collaborazione con Polizia di Stato, Società Italiana Pediatria (SIP), Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (SIMEUP), Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), Associazione Culturale Pediatri (ACP) con lo scopo di "sollecitare e coinvolgere il mondo degli adulti sulla necessità di assicurare i bambini - sempre e correttamente - a idonei sistemi di ritenuta durante i viaggi in auto, lunghi o brevi".

zero, sulla strada nessun bambino deve morire" stabilito nel Piano Nazionale della Sicurezza Stradale - Orizzonte 2020 (88).

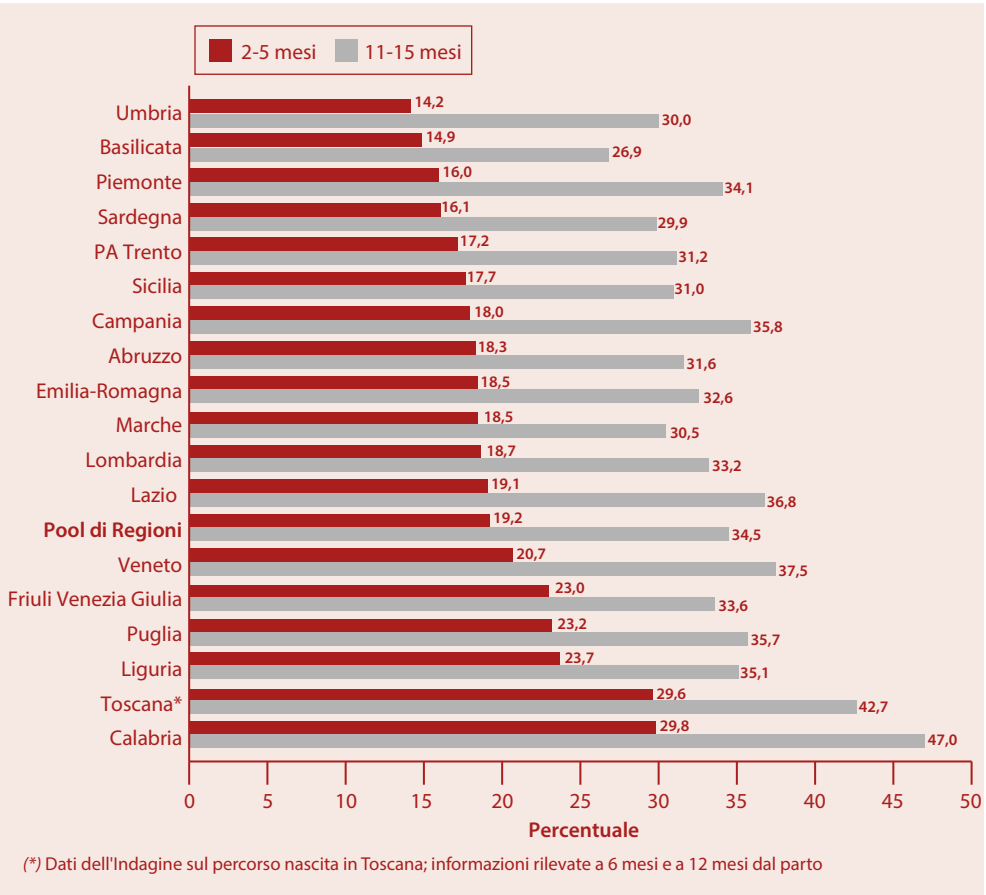
L'uso dei sistemi di ritenuta per bambini e bambine è spesso associato all'abitudine all'uso della cintura di sicurezza da parte del guidatore. Uno studio ha mostrato che quasi il 40% dei bimbi che viaggiano con guidatori senza cintura non è, a sua volta, trattenuto da un adeguato sistema di sicurezza (89).

Risultati

Il 19,2% delle madri di bambini/e di 2-5 mesi nel Pool di Regioni ha riferito di avere difficoltà nel far stare il/la bambino/a seduto/a e allacciato/a nel seggiolino (Figura 21) con una variabilità regionale compresa tra il 14,2% in Umbria e il 29,8% in Calabria. Al crescere dell'età del/della bambino/a le quote di madri che riferiscono difficoltà aumentano in tutte le Regioni, raggiungendo valori compresi tra il 26,9% in Basilicata e il 47,0% in Calabria nella fascia d'età 11-15 mesi.

Nella Tabella 11 viene riportata la percentuale di madri di bambini/e di 0-2 anni che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per caratteristiche socioeconomiche nelle 17 Regioni.

Quote più elevate di difficoltà nell'utilizzo del seggiolino si osservano tra le madri più istruite (con l'eccezione della Puglia) e tra quelle che dichiarano di avere difficoltà economiche. Le differenze di quote fra madri italiane e straniere risultano invece più variabili e dipendenti dalla singola Regione.



(*) Dati dell'Indagine sul percorso nascita in Toscana; informazioni rilevate a 6 mesi e a 12 mesi dal parto

Figura 21 - Madri che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per classe d'età del/della bambino/a

Tabella 11 - Madri che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino (%) per Regione e caratteristiche socioeconomiche

Regione	n. madri	Livello di istruzione			Difficoltà economiche familiari		Cittadinanza	
		≤ Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	Sì	No	Italiana	Straniera
Piemonte	1.911	23,9	24,0	27,0	27,2	24,4	24,5	28,1
Lombardia	5.047	26,6	22,1	28,7	27,9	24,7	25,0	29,0
PA* di Trento	1.713	22,0	22,3	26,9	26,8	23,8	24,1	24,8
Veneto	1.768	25,2	28,1	32,3	37,3	26,7	29,3	31,6
Friuli Venezia Giulia	1.624	23,2	26,2	31,2	29,9	27,8	28,4	29,1
Liguria	1.852	26,5	28,9	32,5	31,3	29,5	30,6	27,9
Emilia-Romagna	2.067	21,9	25,0	27,7	31,1	23,8	25,5	28,1
Umbria	2.247	22,9	19,1	27,5	29,3	20,0	23,5	22,0
Marche	1.678	21,0	22,6	27,6	28,3	23,1	25,2	23,2
Lazio	1.895	20,3	26,0	30,9	30,0	26,7	27,3	31,1
Abruzzo	1.806	25,8	20,8	30,3	28,3	24,1	25,7	23,9
Campania	2.412	28,0	25,6	28,8	33,7	24,0	26,6	39,7
Puglia	2.297	32,1	30,1	30,2	33,9	29,1	30,5	33,4
Basilicata	1.072	18,8	21,2	23,3	25,9	19,6	22,5	28,2
Calabria	2.577	33,3	40,0	35,7	44,0	30,3	37,8	43,6
Sicilia	1.521	25,3	27,7	27,6	31,5	24,1	27,5	20,6
Sardegna	1.727	19,4	23,0	23,1	24,0	21,2	22,1	25,5

(*) PA: Provincia Autonoma

L'analisi multivariata - condotta attraverso un modello di regressione logistica applicato ai dati complessivi di tutte le Regioni aggiustando per Regione - ha permesso di valutare l'associazione tra le difficoltà riferite nell'uso del seggiolino e le variabili considerate (età della madre, parità, livello d'istruzione, cittadinanza, presenza/assenza di difficoltà economiche). L'analisi ha rilevato un effetto indipendente statisticamente significativo per tutte le variabili prese in esame. In particolare, tali difficoltà risultano significativamente più diffuse tra le madri più giovani (sotto i 30 anni di età), le primipare, le più istruite (laurea), le straniere e quelle che hanno riferito difficoltà ad arrivare a fine mese. ■

Riferimenti bibliografici

1. Bonciani M, Lupi B, Corazza I. *Indagine sul percorso nascita in Toscana. Report 2018-2020*. Laboratorio Management e Sanità; 2022.
2. Wilson RD, O'Connor DL. Guideline No. 427: Folic Acid and Multivitamin Supplementation for Prevention of Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. Journal of obstetrics and gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can* 2022;44(6):707-19.e1 (doi:10.1016/j.jogc.2022.04.004).
3. Practice Bulletin No. 187: Neural Tube Defects. *Obstet Gynecol* 2017;130(6):e279-90 (doi: 10.1097/AOG.0000000000002412).
4. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, *et al*. Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2017;317(2):183-9 (doi:10.1001/jama.2016.19438).

5. Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti. Raccomandazione per la riduzione del rischio di difetti congeniti (https://www.iss.it/documents/20126/0/Raccomandazione+per+la+riduzione+del+rischio+dei+difetti+congeniti.pdf/3345fae3-8d64-ca9d-84f0-d3698b918f0f?t=1576670241377).
6. Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria. Sistema nazionale per le linee guiga. *Linea Guida 20. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011*. Roma: 2011.
7. Direzione Generale Prevenzione Sanitaria. Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Roma: Ministero della Salute; 2019 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3120).
8. Centers for Disease Control and Prevention. Birth defects COUNT (https://www.cdc.gov/ncbddd/index.html).
9. Morris JK, Addor MC, Ballardini E, *et al*. Prevention of Neural Tube Defects in Europe: A Public Health Failure. *Front Pediatr* 2021;9:647038 (doi: 10.3389/fped.2021.647038).
10. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. Registro Italiano Spina Bifida (https://www.malattierare.gov.it/news/dettaglio/2965).
11. Douglas Wilson R, Van Mieghem T, Langlois S, *et al*. Guideline No. 410: Prevention, Screening, Diagnosis, and Pregnancy Management for Fetal Neural Tube Defects. *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43(1):124-39.e8 (doi: 10.1016/j.jogc.2020.11.003).
12. EUROCAT and EUROPLAN. Primary prevention of congenital anomalies. Recommendations on policies to be considered for the primary prevention of congenital anomalies in National Plans and Strategies on Rare Diseases. EUROCAT Central Registry, University of Ulster. 2013(https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/EUROCAT-EUROPLAN-Primary-Preventions-Reccomendations.pdf).
13. Istituto superiore di Sanità. Acido folico e folati (www.epicentro.iss.it/acido-folico/).
14. World Health Organization (WHO). *Tobacco control to improve child health and development: thematic brief*. Geneva: WHO; 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340162/9789240022218-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
15. Centeres for Desease Control and Prevention. Health Effects of Cigarettes: Reproductive Health (https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html).
16. Gould GS, Havard A, Lim LL, *et al*. Exposure to Tobacco, Environmental Tobacco Smoke and Nicotine in Pregnancy: A Pragmatic Overview of Reviews of Maternal and Child Outcomes, Effectiveness of Interventions and Barriers and Facilitators to Quitting. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(6):2034 (doi: 10.3390/ijerph17062034).
17. Ministero della Salute. Fumo e Gravidanza (https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?id=5583&area=fumo&menu=vuoto).
18. Moon RY, Carlin RF, Hand I. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022. Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057990 (doi: 10.1542/peds.2022-057990).
19. Glenn AL, Ragno LK, Liu J. Association between postnatal environmental tobacco smoke exposure controlling for prenatal exposure and conduct problems in children: A systematic review. *Neurotoxicology* 2023;97:53-64 (doi: 10.1016/j.neuro.2023.05.012).
20. Laverty AA, Filippidis FT, Taylor-Robinson D, *et al*. Smoking uptake in UK children: analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Thorax* 2019;74:607-10 (doi: 10.1136/thoraxjnl-2018-212254).
21. Istituto Superiore di Sanità-Epicentro. I dati per l'Italia: abitudine al fumo (www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo?tab-container-1=tab1).

22. Nationale Institute For Health and Care Excellance (NICE). *Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE guideline*. London: NICE; 2024.

23. Supporting smoking cessation during pregnancy – nicotine replacement therapy (NRT) General practice version Version 1.0 August 2020 (https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Supporting-smoking-cessation-during-pregnancy-nicotine-replacement-therapy-NRT-1.pdf).

24. Minutillo A, Pichini S, Berretta P (Ed.). *Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici e della sindrome feto alcolica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/25).

25. Boedt T, Vanhove AC, Vercoe MA, *et al*. Preconception lifestyle advice for people with infertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;4(4):CD008189 (doi: 10.1002/14651858.CD008189.pub3).

26. Ciafrè S, Ferraguti G, Greco A, *et al*. Alcohol as an early life stressor: Epigenetics, metabolic, neuroendocrine and neurobehavioral implications. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;118:654-68 (doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.08.018).

27. Chung DD, Pinson MR, Bhenderu LS, *et al*. Toxic and Teratogenic Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Development, Adolescence, and Adulthood. *Int J Mol Sci* 2021;22(16):8785 (doi: 10.3390/ijms22168785).

28. Egervari G, Siciliano CA, Whiteley EL, *et al*. Alcohol and the brain: from genes to circuits. *Trends Neurosci* 2021;44(12):1004-15 (doi: 10.1016/j.tins.2021.09.006).

29. Sundermann AC, Zhao S, Young CL, *et al*. Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43(8):1606-16 (doi: 10.1111/acer.14124).

30. Popova S, Dozet D, Pandya E, *et al*. Effectiveness of brief alcohol interventions for pregnant women: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023;23(1):61 (doi: 10.1186/s12884-023-05344-8).

31. Too Young to drink. Campagna internazionale di sensibilizzazione sulla Sindrome Alcolica Fetale e i Disturbi correlati (FASD) (https://2017.tooyoungtodrink.org/index.html#bottles).

32. Mamma Beve Bimbo Beve (www.mammabevebimbobeve.it/).

33. Popova S, Lange S, Probst C, *et al*. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Lancet Glob Health* 2017;5(3):e276]. *Lancet Glob Health* 2017;5(3):e290-9.

34. World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2019 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1).

35. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, *et al*. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Rapporti ISTISAN 22/1).

36. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Emergency Fund. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO; 2003. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1).

37. Every Woman Every Child. *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform*. New York: United Nations; 2015 (https://www.unicef.org/zambia/media/5886/file/Global-Strategy-for-Womens-Childrens-and-Adolescents-Health-2016%E2%80%932030.pdf).

38. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, *et al*. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90 (doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7).

39. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506 (doi: 10.1542/peds.2004-2491).

40. Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab* 2017;70(2):26-36 (doi: 10.1159/000457920).

41. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104(467):30-7 (doi: 10.1111/apa.13133).

42. Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, *et al*. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts* 2019;12(2):226-43 (doi: 10.1159/000500425).

43. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: WHO; 2018.

44. Peñacoba C, Catala P. Associations Between Breastfeeding and Mother–Infant Relationships: A Systematic Review. *Breastfeed Med* 2019;14(9):616-29 (doi: 10.1089/bfm.2019.0106).

45. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, *et al*. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2022;11(2):e022746 (doi: 10.1161/JAHA.121.022746).

46. Lauria L, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow-up study. *Ann Ist Super Sanità* 2016;52(3):457-61 (doi: 10.4415/ANN_16_03_18).

47. Pizzi E, Salvatore MA, Donati S, Andreozzi S, Battilomo S, Privitera MG (Ed.). Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019. *Not Ist Super Sanità* 2022;35(10, Suppl. 1):1-60.

48. Ministero della Salute. Linee guida per l'allattamemto (https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?id=1467&area=allattamento&menu=vuoto).

49. Direzione Generale Prevenzione Sanitaria. Piano della Prevenzione 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2020.

50. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*. Geneva: WHO; 2021.

51. SaPeRiDoc - Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva. Prevenzione della SIDS - che cos'è la SIDS? (https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1525%20).

52. Ministero della Salute. SIDS (https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita).

53. Horne RSC. Sudden infant death syndrome: current perspectives. *Intern Med J* 2019;49(4):433-8 (doi: 10.1111/imj.14248).

54. Moon RY, Carlin RF, Hand I. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057991 (doi: 10.1542/peds.2022-057991).

55. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics System, Mortality Files. Rates calculated via CDC WONDER. Trends in Sudden Unexpected Infant Death by Cause, 1990–2020, USA (https://www.cdc.gov/sudden-infant-death/data-research/data/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/sids/data.htm).

56. National Institute of Health and Care Excellence. *Postnatal care. NICE guideline [NG194]. Published:20 April 2021* (www.nice.org.uk/guidance/ng194).

57. Dowdall N, Melendez-Torres GJ, Murray L, *et al*. Shared Picture Book Reading Interventions for Child Language Development: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child Dev* 2020;91(2):e383-99 (doi: 10.1111/cdev.13225).

58. Law J, Charlton J, McKean C, *et al.* Parent-child reading to improve language development and school readiness: A systematic review and meta-analysis. Final report; 2018 (https://eresearch.qmu.ac.uk/bitstream/handle/20.500.12289/9062/9062-Report.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

59. Panza C. Nati per Leggere e lettura dialogica: a chi e come. *Quaderni ACP* 2015;2:95-101 (https://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/09/Panza-NpL-e-lettura-dialogica-Quaderni-acp-2015_222_95-101.pdf).

60. Sanders LM, Federico S, Klass P, *et al*. Literacy and Child Health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(2):131-40 (doi: 10.1001/archpediatrics.2008.539).

61. Hutton JS, Dudley J, Horowitz-Kraus T, *et al*. Associations between home literacy environment, brain white matter integrity and cognitive abilities in preschool-age children. *Acta Paediatr* 2020;109(7):1376-86 (doi: 10.1111/apa.15124).

62. Murray L, Pascalis L, De Tomlinson M, *et al*. Randomized Controlled Trial of a Book-Sharing Intervention in a Deprived South African Community: Effects on Carer-Infant Interactions, and Their Relation to Infant Cognitive and Socioemotional Outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57(12):1370-9 (doi: 10.1111/jcpp.12605).

63. Weisleder A, Cates CB, Harding JF, *et al*. Links between Shared Reading and Play, Parent Psychosocial Functioning, and Child Behavior: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *J Pediatr* 2019;213:187-195.e1 (doi: 10.1016/j.jpeds.2019.06.037).

64. Lam S, Chow-Yeung K, Wong BPH, *et al*. Involving parents in paired reading with preschoolers: Results from a randomized controlled trial. *Contemp Educ Psychol* 2013;38(2):126-35 (http://dx.doi.org/10.1016/j.cedpsych.2012.12.003).

65. McArthur BA, Volkova V, Tomopoulos S, *et al*. Global Prevalence of Meeting Screen Time Guidelines Among Children 5 Years and Younger: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176(4):373-83 (doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.6386).

66. Guellai B, Somogyi E, Esseily R, *et al*. Effects of screen exposure on young children's cognitive development: A review. *Front Psychol* 2022;13:923370 (doi: 10.3389/fpsyg.2022.923370).

67. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health* 2017;22(8):461-477. doi: 10.1093/pch/pxx123. Epub 2017 Oct 9. Erratum in: *Paediatr Child Health* 2018;23(1):83.

68. Rideout V, Robb MB. *The Common Sense census: Media use by kids age zero to eight, 2020*. San Francisco, CA: Common Sense Media; 2020.

69. World Health Organization (WHO). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Geneva: WHO; 2019.

70. Bozzola E, Spina G, Ruggiero M, *et al*. Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian Pediatric Society. *Ital J Pediatr* 2018; 44:69 (doi: 10.1186/s13052-018-0508-7).

71. Epicentro. Come viene sviluppato e commercializzato un vaccino (https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniSviluppoCommercio).

72. Epicentro. Valutazione della qualità di vaccini ad uso umano (https://www.epicentro.iss.it/vaccini/ValutazioneQualitaVaccini).

73. UNICEF-OMS: la vaccinazione dei bambini in ripresa dopo il crollo dovuto al COVID-19. (https://www.unicef.it/media/unicef-oms-la-vaccinazione-dei-bambini-in-ripresa-dopo-il-crollo-dovuto-al-covid19/).

74. World Health Organization (WHO). *Immunization Agenda 2030. A global Strategy to leave no one behind*. Geneva: WHO; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-document-en.pdf).

75. Ministero della Salute. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025. Roma: Ministero della Salute; 2023.

76. Ministero della Salute. Calendario vaccinale. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025. Ministero della Salute; 2023 (https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4829&area=vaccinazioni&menu=vuoto ultimo aggiornamento: 09/08/2023).

77. Vaccinazioni per gruppi di popolazione: bambini (0-6 anni) (https://www.epicentro.iss.it/vaccini/bambini).

78. Vaccini: il carico antigenico nei primi 24 mesi di vita non è eccessivo (https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniCaricoAntigenico).

79. EuroSAFE - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Injuries in the European Union. Summary of Injury Statistics for the Years 2012-2014. Amsterdam, The Netherlands: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe); 2016 (https://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/EuropeSafe_Master_Web_02112016 %282%29.pdf).

80. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità in Italia sotto i 5 anni: aggiornamento dei dati per causa, territorio e cittadinanza (www.istat.it/it/archivio/222483).

81. Pitidis A, Fondi G, Giustini M, *et al*. Il sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(2):11-6.

82. Sistema Nazionale per le Linee Guida. *La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile*; 2022.

83. Italia. Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, Art. 172, comma 1 "Nuovo codice della strada". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - Supplemento Ordinario* n. 114, 18 maggio 1992.

84. Bambini in auto: ecco come portarli in modo sicuro (https://www.poliziadistato.it/articolo/bambini-in-auto--ecco-come-portarli-in-modo-sicuro).

85. Durbin DR, Hoffman BD. Council on injury, violence, and poison prevention. Child Passenger Safety. *Pediatrics* 2018;142(5):e20182461 (doi: 10.1542/peds.2018-2461).

86. Italia. Decreto 2 ottobre 2019, n. 122. "Regolamento di attuazione dell'articolo 172 del Nuovo codice della strada in materia di dispositivi antiabbandono di bambini di età inferiore a quattro anni". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 249, 23 ottobre 2019.

87. Bambini e sicurezza in auto (https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?lingua=italiano&id=6094&area=saluteBambino&menu=nascita).

88. Polizia di Stato "Bimbi in auto: vision zero". Campagna di sensibilizzazione del governo sulla sicurezza stradale (https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=124).

89. Chandler MD, MacKay JM. *2022 Safe Kids Worldwide National Parent Survey on Child Injury*. Washington DC: Safe Kids Worldwide; 2022.

IMPORTANZA DEI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PRIMI 1.000 GIORNI DI VITA A PARTIRE DAI RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA BAMBINI 0-2 ANNI

A cura del Comitato Tecnico Scientifico "Sorveglianza Bambini 0-2 anni"

I primi 1.000 giorni di vita rappresentano una fase evolutiva complessa e rilevante per i destini di salute di una comunità. Prendersene cura richiede il collegamento e il coinvolgimento di una molteplicità di servizi, azioni, attori e destinatari, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.

Il personale che opera in questi ambiti nei diversi contesti di prevenzione e di cura è una risorsa preziosa per accompagnare e sostenere i genitori, protagonisti prioritari nel favorire, attraverso il loro ruolo di accudimento, lo sviluppo delle piene potenzialità dei/delle bambini/e.

Il "Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino" colma un vuoto di conoscenza su alcuni fattori di protezione e di rischio per la salute nei primi 1.000 giorni di vita.

Il monitoraggio dei determinanti e dei relativi indicatori nel tempo, insieme all'analisi delle differenze territoriali e socioeconomiche, fornisce informazioni preziose a chi, a livello nazionale e regionale, prende decisioni strategiche per la programmazione di efficaci azioni di salute pubblica.

Questo risultato è stato reso possibile grazie alla collaborazione tra Istituzioni centrali, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute, le Regioni e le professioniste e i professionisti coinvolti nella Sorveglianza.

La rilevazione del 2022 ha evidenziato come i comportamenti che favoriscono il pieno sviluppo psico-fisico dei/delle bambini/e non siano sempre garantiti e presentino differenze sia a livello territoriale, inter e intraregionale che socioeconomico, meritevoli di grande attenzione in un'ottica di salute pubblica per migliorare gli esiti di salute.

Per alcuni determinanti, come l'assunzione appropriata di acido folico, nonostante le numerose iniziative di promozione realizzate da decenni nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, i risultati rimangono insoddisfacenti e necessitano di nuove strategie. Anche per l'allattamento c'è molto lavoro da fare e la necessità di nuovi investimenti e di un sostegno più convinto ai programmi di provata efficacia coinvolgendo i vari stakeholders.

Per altri determinanti, come l'esposizione a schermi e la lettura in famiglia, il margine di possibile miglioramento è ampio. In particolare, l'esposizione agli schermi rappresenta una sfida recente, conseguente alla rapida diffusione dei dispositivi digitali e alla disponibilità di nuove prove che ne dimostrano i loro effetti a lungo termine. Inoltre, la consapevolezza da parte dei genitori e dei caregivers su questo tema è ancora limitata e mancano programmi di prevenzione dedicati a livello nazionale. Rispetto alla disposizione alla lettura in famiglia, emergono importanti differenze territoriali, probabilmente legate alla presenza o meno di efficaci programmi dedicati che da molti anni sono stati promossi in diverse Regioni. È necessario continuare a diffondere e a sostenere le buone pratiche relative a questo determinante, particolarmente rilevante per lo sviluppo affettivo e cognitivo individuale, ma anche in termini di futura health literacy della popolazione. ▶

Anche per gli indicatori relativi al consumo di tabacco e di bevande alcoliche durante la gravidanza e l'allattamento, che mostrano una bassa prevalenza di comportamenti a rischio, è essenziale mantenere le iniziative in corso e promuovere azioni per contrastare le diseguaglianze, spesso legate alla deprivazione sociale delle comunità di appartenenza dei genitori.

Per la grande maggioranza dei determinanti presi in esame dalla Sorveglianza è stato infatti rilevato un effetto indipendente e statisticamente significativo del basso livello di istruzione delle madri, della cittadinanza straniera e delle difficoltà economiche percepite. Anche la giovane età della madre, la primiparità e la mancata partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita sono variabili spesso associate a comportamenti che possono mettere a rischio la salute dei/delle bambini/e.

Occorre, pertanto, promuovere e implementare attività di ricerca e programmi a tutela e promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita che includano una *equity lens* e siano capaci di attivare un deciso contrasto alle diseguaglianze. Una prima risorsa da utilizzare come volàno per la diffusione delle buone pratiche è senz'altro rappresentata dall'azione sinergica delle risorse multiprofessionali che collaborano alla rete nazionale della Sorveglianza.

Inoltre, l'ultimo Piano della Prevenzione 2020-2025, con l'introduzione del Programma Libero sui Primi 1.000 giorni, rappresenta un'opportunità preziosa per l'implementazione di programmi di intervento con obiettivi valutabili.

La disseminazione delle conoscenze deve raggiungere, a cascata, tutti i genitori e gli adulti di riferimento per promuovere comportamenti a favore della salute dei/delle bambini/e e facilitare scelte consapevoli a sostegno della genitorialità responsiva. Questo processo è reso possibile anche grazie all'attivazione dei servizi e delle comunità, con un approccio trans-settoriale.

Facendo leva sulla risorsa fondamentale, la fiducia nei genitori, è possibile sostenerli nell'espressione delle loro competenze e nella promozione sinergica dei comportamenti sui determinanti di salute, diversi quanto fortemente interconnessi. È necessaria, d'altra parte, anche un'azione concertata della società civile per promuovere un cambiamento culturale a sostegno dei principali determinanti di salute dei/delle bambini/e.

Considerando la mole di conoscenze sull'Early Child Development e sull'epigenetica, se si vuole immaginare un futuro sostenibile, che favorisca la salute per tutto il corso della vita, questo deve fondare le sue radici nelle prime fasi della vita delle nostre bambine e dei nostri bambini. ■

Professioniste e professionisti sanitari che hanno partecipato alla raccolta dati 2022

a cura di Silvia Andreozzi

Regione Valle d'Aosta

Referenti regionali
Anna Maria Covarino, Enrico Ventrella.

Operatori sanitari
Rosilda Cuaz, Elena Filetti, Cinzia Morina, Saveria Amoroso, Erika Arlian, Chiara Nossein, Nadia Minerdo, Manuela Voyat, Milena Montrosset.

Regione Piemonte

Referenti regionali
Marcello Caputo (referente), Monica Bonifetto, Vittorina Buttafuoco, Lorenza Ferrara, Gloria Prina, Maria Teresa Revello.

Referenti aziendali
ASL TO Città: Gregorio Domenico Greco; **ASL TO3**: Angela Gallone; **ASL TO 4**: Franco Valtorta; **ASL TO5**: Giulia Visentin; **ASL AL**: Giacomo Bruzzone; **ASL AT**: Nadia Abate, Duilio Lioce; **ASL NO**: Stefania Rametta; **ASL CN1**: Lorena Eandi; **ASL CN2**: Franco Giovanetti; **ASL VC**: Nicole Mosconi; **ASL VCO**: Alessandra Bonacina; **ASL BI**: Erika Dama.

Operatori sanitari
ASL TO Città: Vittorina Buttafuoco, Riccardo Crocetta, Giusy Famiglietti, Renata Gili, Ilirjana Hasanaj, Ettore Minutiello, Maria Giovanna Orlando, Caterina Porpiglia, Salvatore Re, Luciana Risina, Serena Vadrucci, Sara Zoubir; **ASL TO3**: Maria Andretta, Patrizia Bosco, Felice Capello, Santina Cicorella, Maria Dario, Graziella Durandetto, Alda Cosola, Silvia Friolo, Antonella Garzino, Anna Losco, Elisabetta Montini, Laura Murotto, Giuseppe Rege Colet, Fiorella Ribetto, Paola Sappa; **ASL TO4**: Giorgia Alletto, Maria Andreo, Barbara Arnodo Cava, Graziella Barra, Federica Bianco, Luciana Bianco, Cristina Capello, Silvia Damiano, Susanna Dansero, Piera Di Gilio, Annamaria Fassino, Simonetta Gaddò, Rosanna Invernizzi, Maria Rachele Iovino, Maria Marco, Monica Molinari, Maria Teresa Nora, Nadia Papurello, Roberta Pavan, Patrizia Piccottino, Alessia Principiano, Paolo Rosso, Bruna Vacca, Paola Villa; **ASL TO5**: Annarita Altieri, Paolo Castagno, Simona Costa, Maria Piera Graglia, Carla Felace, Sonia Morabito, Melina Randazzo, Rosalia Sapone, Elisabetta Cristianini, Anna Bando, Anna Destradis, Salvatore Narduzzo, Carmela Spirlì, Elena Soave, Gemma Ferrero, Giuseppina Iurato, Silvia Di Lauro, Caterina Tosco; **ASL AL**: Carmen Anania, Eligio Benzi, Anna Biava, Maria Giliola Borasio, Francesca Carbone, Francesca Casalone, Carla Castiglione, Gianfranca Cazzullo, Luigina Coppo, Orietta Dall'Agnol, Daniela Del Vecchio, Sandra Di Buono, Florina Dutu, Loredana Fontana, Olga Galevich, Maria Garau, Irene Grandi, Donatella Grassi, Claudia Grillo, Katia Lamberti, Angela Lantero, Raffaella Leone, Barbara Merante, Barbara Mignone, Carla Moncalvo, Marco Murgia, Rossella Mussone, Daniela Novelli, Cristina Culos Detto Orlando, Matteo Patori, Marco Pedrotta, Cinzia Pestarino, Giancarlo Picozzi, Ornella Resecco, Maicol Andrea Rossi, Pietro Suigo, Elisa Vignato, Erika Pestarino, Eliana Venuti, Meri Zatti; **ASL AT**: Nadia Abate, Emanuela Audisio, Silvia Bacchella, Laura Baldi, Patrizia Berra, Maria Elena Casì, Antonella Cha, Vittoria Iannuzzi, Carla Quarona, Rosangela Rabino, Mara Scaglione; **ASL NO**: Alessia Ballara, Roberta Bellicchi, Irina Bohotineanu, Rosita Cranco, Ruggero Crespi, Caterina De Giorgi, Giovanna De Giorgi, Loredana Fazio, Monique Gioira, Maria Godi, Vanessa Grillo, Irene Gullì, Nour El Houda Birani, Sabino Marina, Olena Martynenko, Michela Morgoni, Salvatore Palialogo, Claudia Preti, Stefania Saradini, Filomena Sensale, Daniela Vinzio; **ASL CN1**: Gemma Aimar, Maria Aimar, Maurizia Beltramone, Antonella Borda, Margherita Bosticardo, Rosanna Brondino, Manuela Camisassa, Silvia Cardetti, Monica Castelli, Mondini Cosetta, Maria Gabriella Cravero, Bessone Daniela, Caterina Demarchi, Barresi Domenica, Patrizia Ercole, Elide Forneris, Daniela Giordano, Raffaella Giraudo, Olivero Laura, Raso Maddalena, Luciana Mana, Barbara Martina, Roberta Martino, Auliso Massimo, Silvia Motta, Vilma Parola, Marinella Revello, Margherita Rosso, Rosanna Salamone, Lingua Sara, Domenica Tealdi, Gabriella Testa, Barbara Trosso; **ASL CN2**: Maria Grazia Dogliani, Maria Gabriella Serventi, Marianna Tarditi; **ASL VC**: Saveria Bassetti, Cristina Battistolo, Noemi Cattaneo, Roberta Cavagliano, Simona Cottarelli, Carolina Fiorenzi, Chiara Michelina Longhi; **ASL VCO**: Franca Carrabba, Liliana Cocciolo; **ASL BI**: Marcella Galli.

Regione Lombardia

Referenti regionali
Corrado Celata, Fabio Mosca, Edda Pellegrini.

Referenti aziendali
ATS Milano Città Metropolitana: Chiara Mezzana, Eva Rossetti; **ASST Fatebenefratelli Sacco**: Maria Enrica Bettinelli; **ASST Nord Milano**: Tiziana Rotelli; **ASST Ovest Milanese**: Cesario Barbato, Lorena Falabretti; **ASST Rhodense**: Simonetta Paoletti; **ASST Malegnano e della Martesana**: Alessandra Nardi; **ASST Lodi**: Alessandra Nardi; **ASST Niguarda**: Maurizio Orso; **ASST Santi Paolo e Carlo**: Ida Cunietti; **ATS Insubria**: Antonietta Orlando, Paola Aiello; **ASST Lariana**: Rosa Maria Limina; **ASST Sette Laghi**: Giovanna Battagin, Enrica Rossi, Gaia Villa; **ASST Valle Olona**: Cristina Patriarca; **ATS Montagna**: Maria Stefania Bellesi, Silvia Bernardi, Michela Regazzoli; **ASST Valtellina e Alto Lario**: Paola Cirasole; **ASST Valcamonica**: Samantha Fabiani; **ATS Brianza**: Nicoletta Castelli, Laura Rizzi; **ASST Lecco**: Paola Panzeri; **ASST Monza**: Paola Panzeri; **ASST della Brianza**: Antonio Nettuno; A**TS Bergamo**: Giuliana Rocca, Elena Lombarda; **ASST Bergamo Est**: Luciano Berti; **ASST Papa Giovanni XXIII**: Mauro Damiolini; **ASST Bergamo Ovest**: Natalia Bosco; **ATS Brescia**: Stefania Corsetti, Cristina Casella; **ASST Franciacorta**: Francesco Bertoloni; **ASST Spedali Civili di Brescia**: Guglielmino Baitelli, Alessandra Mutti; **ASST Garda**: Laura Cannistrà; **ATS Val Padana**: Laura Rubagotti, Conca Matteo; **ASST Crema**: Marco Severgnini; **ASST Cremona**: Antonella Battagliese; **ASST Mantova**: Paola Dall'Acqua; **ATS Pavia**: Simona Riboli; **ASST Pavia**: Marina Leidi.

Operatori sanitari
ATS Bergamo: Giuliana Rocca, Elena Lombarda; **ATS Brescia**: Stefania Corsetti, Cristina Casella; **ATS Brianza**: Nicoletta Castelli, Laura Rizzi; **ATS Insubria**: Antonietta Orlando, Paola Aiello; **ATS della Città Metropolitana di Milano**: Chiara Mezzana, Eva Rossetti; **ATS Montagna**: Stefania Bellesi, Silvia Bernardi, Michela Regazzoli; **ATS Pavia**: Cinzia Ancarani, Simona Riboli; **ATS Valpadana**: Laura Rubagotti, Matteo Conca; A**SST Bergamo Est**: Luciano Berti (referente), Barbara Ravarotto, Giovanna Balduzzi, Cinzia Peracchi, Cinzia Ricco, Savina Sfregola; **ASST Bergamo Ovest**: Natalia Bosco (referente), Alberto Rota, Francesca Capra, Giuseppe Bottone; **ASST Papa Giovanni XXIII**: Mauro Damiolini; **ASST Spedali Civili**: Guglielmino Baitelli, Alessandra Mutti (referenti), Monica Marmentini, Jessica Peli, Arianna Donati, Valentina Biemmi; **ASST Franciacorta**: Francesco Bertoloni (referente), Susanna Biancofiore, Linda Savoldi, Marta Lusardi, Marcellina Vezzoli; **ASST Garda**: Laura Cannistrà (referente), Angela Buccella, Elena Carrara, Sabrina Paoli, Emanuela Persavalli, Paola Alberti; **ASST Brianza**: Antonio Nettuno (referente), Maria Teresa Scalera, Enza Cavaliere; **ASST Lecco**: Paola Panzeri; **ASST Monza**: Rossella Piergrossi (referente), Laura Mancini, Anna Busnelli, Lina D'Apolito, Patrizia Acquaviva; **ASST dei Sette Laghi**: Giovanna Battagin, Enrica Rossi, Gaia Villa (referenti), Ajtena Ajdini, Gennaro Turano; **ASST Valle Olona**: Cristina Patriarca (referente), Irene Facchinotti, Maria Luisa Battaglia, Alfredo Carabelli, Ilaria Vit; **ASST Lariana**: Rosa Maria Limina (referente), Luisa Renda, Lorella Bertuzzo; **ASST Lodi**: Maria Luisa Dalla Valle (referente), Giovanna Reboani, Lauretta Grasso, Nunziata Pasquariello; **ASST Melegnano Martesana**: Alessandra Nardi (referenti), Annamaria Manfredi, Rossella Bertoli, Alessandra Porta, Giuliana Scatozza, Leonora Polonioli, Giuseppe Navarra, Valeria Rendina, Eugenia Gabrielli, Gianmarco Troiano; **ASST Nord Milano**: Tiziana Rotelli (referente), Vincenza Amato, Cristina Molinaro, Antonella Giannetti, Silvia Caratti; **ASST Ovest Milano**: Cesario Barbato, Lorena Falabretti (referenti), Pirangela Albertin, Maria Grazia Cavallo, Sabrina Libani, Lorena Garavaglia, Marina Lonati, Patrizia Cassani; **ASST Rhodense**: Simonetta Paoletti (referente), Silvia Rossi, Emanuela Scano, Alessandra Schieppati, Simona Rocchi, Rita Santa Zorzin; **ASST Niguarda**: Maurizio Orso (referente), Alberta Calanchi; **ASST FBF-Sacco**: Maria Enrica Bettinelli, Caterina Bertolini (referenti), Claudio Sichenze, Domenico Ferrara; **ASST Santi Paolo e Carlo**: Ida Cunietti (referente), Antonella Crea, Mariangela Tomasetto; **ASST Valle Camonica**: Samantha Fabiani, Sandro Poggio; **ASST Valtellina e Alto Lario**: Paola Cirasole (referente), Piera Tirinzoni, Laura Corbellini, Mariella Reino, Silvano Della Rodolfa, Patrizia Illini, Monica Truzzoni; **ASST Pavia**: Marina Leidi (referente), Glenda Tettamanti; **ASST Crema**: Marco Severgnini (referente), Giulia Stabilini; **ASST Cremona**: Antonella Battagliese; **ASST Mantova**: Paola Dell'Acqua.

Provincia Autonoma di Trento

Referente provinciale
Anna Pedrotti.

Referenti aziendali
Laura Battisti, Chiara Mocellin, Silvia Molinaro, Maria Grazia Zuccali.

Operatori sanitari
Azienda provinciale per i servizi sanitari: Michela Croce, Francesca Dalvit, Maria Francesca De Rinaldis, Alessia Favaro, Nadia Galler, Marta Giuliani, Mihai Adrian Grigore, Michela Loss, Marika Mattevi, Giusy Morgese, Giulia Stroppa, Laura Vareschi, Caterina Zanoni.

Regione Veneto

Referenti regionali
Federica Michieletto (referente), Anna Sabbadin, Diana Gazzani.

Referenti aziendali
AULSS 1: Serena Cian; **AULSS 2**: Valentina Gobbetto; **AULSS 3**: Ilaria Pistellato; **AULSS 4**: Sabina Varaschin; **AULSS 5**: Nicola Fontana; **AULSS 6**: Beatrice Moro; **AULSS 7**: Patrizia Falivene; **AULSS 8**: Lucia Rigotto; **AULSS 9**: Diana Gazzani.

Operatori sanitari
AULSS 1: Serena Cian, Ettorina Tognetti, Marilena Zanin, Tatiana D'Amico, Silvana Zangiacomi Pompanin, Rosi Sacchet, Filomena Del Prete, Romana Guolla, Antonella Sacco Comis, Paola Valduga, Nicoletta D'Incà, Paola Lorenzi, Paola Turra, Martina Garlet, Manuela Labalestra; **AULSS2**: Alice Florida, Annamaria Milan, Annamary Sech, Francesca Martini, Ilaria Piscolla, Laura Momo, Luciana Cadamuro, Monica Fantinato, Serena Padoin; **AULSS3**: Ilaria Pistellato, Francesca Capretta, Patrizia Pizzocchero, Tea Burmaz, Anna Medici, Caterina Pelloso, Chiara Carli, Claudia Amadasi, Bernardo Brambilla, Luca Marcato, Ivo Schiavon, Giulia De Mori, Federica Bresciani, Gioia Perelli, Alessia Bianchin, Stella Bassan, Maria Caterina Migoni, Annamaria Zocchi, Michela Basso, Marta Caramel, Claudia Vian, Sara Scabello, Maria Michieletto, Margherita Foffano, Silvia Scantamburlo, Samantha Brusegan, Paola Minozzi, Paola Bonaventura, Simonetta Ecca, Daniele Bonaldo, Alberto Gasparetto, Sabrina Cavallarin, Gloria Panciera, Manuela Barison, Selle Vittorio; **AULSS4**: Marilena Fragapane, Martina Tonetto, Katia Martinelli, Graziella Gobbato, Daniela Gerardi, Romina Dalla Mora; **AULSS5**: Nicola Fontana, Francesca Quarta, Giancarlo Sottile, Leoluca Provenzano, Cosimo Mondello, Vincenzo Basto, Stefano Ingargiola, Federica Boscolo Bisto, Silvia Cecolin, Nancy Roma, Alessandro Visentini; **AULSS6**: Sabrina Toniolo, Antonella Gamba, Tiziana Fazio, Cinzia Berto, Celestina Frezzato, Gessica Di Matteo, Simonetta Varotto, Cristina Parpajola, Cristina Mazzucato, Claudia Bettella, Marco Pallante, Maria Cristina Bettini, Katia Buson, Paola Borgo, Patrizia Fogo, Lauretta Mondi, Serena Zerbetto, Gina Lovo, Giulia Trevisan, Chiara Poppi, Delia Zavate, Michela Sabia, Alessandra Gatto, Anna Gelain, Rachele Torresin, Rosanna Pesce, Astrid Zanesco, Giorgia Benacchio, Margherita Toninato, Angela Pina Porta, Giuliana Volpato, Giuliana Moro, Maria Luisa Valentini, Laura Marioni, Veronica Minascurta, Alberto Sebastiano Carrus, Domenico Lamboglia, Elisabetta Baido, Lucia Rizzi, Paola Zampieri, Sofia Visentin, Arianna Nalin, Cristina Padovan, Gigliola Bortolotto, Genny Busetto, Beatrice Moro; **AULSS7**: Marilena Vellar, Maria Lucia Vellar, Anna Rosa Bernardi, Elena Bordignon, Sara Zamperoni, Nadia Zen, Lucia Costa, Paola Casagrande, Sara Guidolin, Anna Gaborin, Elena Alessio, Sofia Bellò, Patrizia Bertoncello, Emanuela De Stefani, Michela Scapin, Valentina Vellar, Lucia Bordignon, Ramona Cojoc, Patrizia Falivene; **AULSS8**: Lucia Rigotto, Sofia Scalco, Ilaria Sbicego, Alessia Martelletto, Laura Ghiotto, Francesca Rapacchiani, Renata Scapin, Andreina Veronese, Susanna Guideri, Michela Vigolo, Chiara Speggiorin, Vincenzo Tartaglione, Elena Sartori, Maddalena Ruaro, Federica Cristofori, Chiara Vecelli, Barbara Cremasco, Maria Luisa Berno, Valentina Visentin, Agnese Bogoni, Anna Gentilin, Cristiana Gobbo, Michela Secco, Anna Bendagli, Germano Dal Soglio; **AULSS 9**: Fabrizio Cestaro, Giovanna Varischi, Viviana Coffele, Diana Gazzani, Maria Sole Migliorini, Erica Artosi, Laura Molon, Mara Brunelli, Marta Gironda, Alessandro Brioni, Eleonora Moretti, Miriam Prestianni, Giuditta Donati, Beatrice Maffini, Aurora Divitantonio, Mirko Russello, Melania Caccamo, Laura Grasso, Giorgia Baldini, Antonia Bason, Valentina Zambon, Gabriella Digrazia, Simona Accalai, Luca Remaforte, Laura Molon, Federica Brazzoli, Taioli Ornella, Stefania Micheletti, Francesca Bellomi.

Regione Friuli Venezia Giulia

Referenti regionali
Luca Ronfani, Luisella Giglio.

Coordinamento delle attività
IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo: Claudia Carletti, Federica Concina, Alessandra Knowles, Paola Pani.

Referenti aziendali
AS Friuli Occidentale: Arianna Varnier; **ASU Friuli Centrale**: Emanuela Milio; **ASU Giuliano Isontina**: Maria Vittoria Sola, Simonetta Olivo.

Operatori sanitari
AS Friuli Occidentale: Elisa Zanchetta, Laura Stella, Valentina Zat, Laura Bonas, Jessica Ros, Giulia Ferro, Patricia Belletti, Sandra Polese, Alessandra Volpicina, Sara Pazza, Matteo Bellu, Michela Casagrande, Stefano Ponziani, Maria Maddalena, Lucrezia Antoniolli, Sofia Alfenore, Maria Teresa Tedesco, Leadora Millin, Daniela Bertolo, Michela Beltrame; **ASU Friuli Centrale**: Annaorsa Colautti, Valentina D'Amico, Barbara Delli Zotti, ▶

segue

Regione Friuli Venezia Giulia

Monica Franchini, Simona Fratacci, Martina Gillani, Martina Vitale, Salvatore Lo Presti, Fabrizio Lo Re, Roberta Montoleone, Gessica Zuliani, Sonia Peressutti, Letizia Magnarini, Martina La Rosa, Carla Melchior, Ornella Vidoni, Martina Spada, Giada Coppola, Valerie Bertolissio, Miriam Fabris, Claudia Pischiutta, Rosamaria Sinatra, Marzia Spangaro; **ASU Giuliano Isontina**: Cristina Bibalo, Patrizia Spaccarelli, Mithyana Rotta, Chiara Fernetti, Elisabetta Zidaric, Francesca Vatua, Paola Rumiz Di Toro, Elena Dalla Libera, Sabrina Cirillo, Martina Lopez, Adriana Scogna, Tamara Omasta, Daniela Shabetz, Manola Marinuzzi, Serena Clement, Martina Frigau, Maria Antonella Arena, Claudia Buri, Maria Grazia Zaccaria, Miriam Clai Ferri, Giulio Rocco, Eliana Chisari, Annarosa Orel, Micaela Ferluga, Fulvio Pichierri.

Regione Liguria

Referenti regionali
Camilla Sticchi, Laura Pozzo (referenti), Federica Varlese.

Referenti aziendali
ASL 1: Lola Korolova; **ASL 2:** Daniela Zoli; **ASL 3**: Concetta Teresa Saporita; **ASL 4**: Antonella Carpi; **ASL 5**: Lorenza Bertamino.

Operatori sanitari
ASL 1: Maria Duberti, Alessandra Meggiolaro, Tania Migliorini, Andrea Fonticelli, Stefania Stella, Letizia D'Este, Miriam Ferraro, Debora Lanteri, Eliana Laura, Patrizia Magurno, Gabriella Pantani, Tiziana Sciascia, Alessio Mamoli, Daniela Cai, Nilla Nicomedi, Paola Morsia; **ASL 2**: Marina Astengo, Donatella Marano, Daniela Susanetto, Annamaria Castello, Carola Praiotti, Tiziana Ambruoso, Elisa Pastorino, Olga Orlovskaia, Amiri Behzadi Golnaz, Marinella Craviotto, Raffaella Capuzzo, Luisella Pizzo, Gisella Vacca, Francesca Saettone; **ASL 3**: Simona Vassallo, Paola Del Sette, Anna Maria Alcamo, Luca Berisso, Patrizia Villa, Alessandra Pintaudi; **ASL 4**: Simone Candieracci, Giulia San Rome', Alessia Lavagnino, Alessandro Rossi; **ASL 5**: Enrica Marcelli, Tamara Assandri, Maria Cristina Cricca, Giuseppina Patrizia Rizzo.

Regione Emilia-Romagna

Referente regionale
Simona Di Mario.

Referenti aziendali
AUSL Piacenza: Cristina Barella; **AUSL Parma**: Stefania Porari; **AUSL Reggio Emilia**: Monica Cervi; **AUSL Modena**: Chiara Bonvicini; **AUSL Bologna**: Antonietta Papasodero; **AUSL Imola**: Cristina Bettazzoni; **AUSL Ferrara**: Francesca De Luca; **AUSL Romagna (Cesena)**: Antonella Salvati, Marcella Lombardi, Antonella Brunelli; **AUSL Romagna (Forlì)**: Giovanna Indorato; **AUSL Romagna (Ravenna)**: Jessica Altomonte; **AUSL Romagna (Rimini)**: Annalisa Mussoni.

Operatori sanitari
AUSL Piacenza: Valeria Gallinari, Roberta Baroni, Federica Cicala, Claudia Perini, Paola Guidetti, Lara Scolari, Anna Soccio, Donatella Marignani, Natasa Vujcic, Paola Cerutti, Claudia Magnani, Raffaella Rastelli, Elena Cantarini, Guendalina Gorra, Cristina Bassi, Marigrazia Papa, Carla Ghigini, Athwal Navdeep Kaur, Valentina Pinasco, Angela Schiavi, Maria Rosa Copelli, Monica Nempi, Lara Albelli; **AUSL Parma**: Carlotta Tola, Ilenia Partepilo, Rosalba Mangione, Valeria Ripa, Mariangela Luana Meo, Valeria Bossoni, Emanuela Ferraroni, Giovanni Chiari, Gabriella Caselli, Maria Antonietta Bandello, Giovanna Bussolati, Antonella Strangio, Claudia Trezza, Anna Maria Bertorelli, Vanessa Zanoni, Silvia Dalle Vacche; **AUSL Reggio Emilia**: Monica Battaglia, Maria Cristina Scarpa, Aurelia Noto, Marianna Della Corte, Vanessa Berlingeri, Giliana Coli, Antonella Ficarelli, Raffaella Milziadi, Monica Sola, Stefania Farne, Elisabetta Maria Romei, Annamaria Catellani; **AUSL Modena**: Andrea Spattini, Giulia Tosetti, Michela Mastel, Cinzia Flori, Chiara Stentarelli, Irma Benati, Giovanna Piccinini, Cosima Carluccio, Chiara Fratti, Sabina Milelli, Alessandra Taglini, Teresa Molitierno, Gianluigi Ierardi, Noemi Ruggi, Elena Corina Tudor, Alessandra Groppi, Claudia Iacconi, Nadia Bazzani, Alessandra Rinaldi, Daniela Ferretti, ▶

segue

Francesco Cazzola, Anna Maria Buffagni, Barbara Silvestri, Ivana Pirone, Orlanda Lanzillotta, Simona Trevisi, Daniela Bonacci, Claudia Lazio, Maddalena Mazzoli, Enrica Bellettini, Margherita Turrini, Paolo Santyan, Serena Colli, Marco Clarizio, Emanuela Pancaldi, Maria Gagliardelli, Barbara Finelli, Barbara Masoni, Viorica Urculescu, Maria Vittoria Scaglioni, Fiammetta Bettini, Daniela Passini, Alessandra Picchioni, Simonetta Partesotti , Livio Franceschini, Lisa Montanari, Linda Viapiana, Pamela Gilioli, Nunzia Giovine, Marzia Laporta, Monica Manfredini, Cristina Andreoli, Katia Piccinelli, Cosimo Stasi, Raffaella Barbieri, Elisa Bocchi, Susanna Brancolini, Dolores Esposito, Francesca Leardini, Monica Marchesi, Chiara Bussetti, Antonella Pellegrino, Francesco Bellelli, Paola Torelli, Patrizia Davio, Ornella Zazzi, Sandra Ranieri, Luana Musardo, Domenica Romeo, Giuseppina Lotto, Ivana Polidori, Maria Nacci, Maria Errico, Sara Appice, Angelina De Palo, Sara Fattorusso, Gala Bazueva, Lara Stermieri, Anna Piccolo, Angelina Piccirillo, Giovanna Armillotta, Tania Menegatti; **AUSL Bologna**: Franco Foschi, Francesca Finelli, Virginia Ponziani, Simona Mattia, Annalisa Bastelli, Giorgia Farneti, Monica Martelli, Monica Landini, Mariangela Rota, Ilaria Bettocchi, Francesca Mencarelli, Lea Cardella, Cristina Bertulli, Fabio Capello, Martina Zanotti, Eleonora Benaglia, Antonio Benevento, Catia Brini, Roberta Carboni, Sara Casavecchia, Catia Cavedagni, Anna Coco, Francesco Cristofori, Manuela Franceschelli, Laura Ferri, Giuseppe Freccero, Angela Galetti, Angela Germoglio, Fabio Gibbin, Barbara Griguolo, Monica Macchiavelli, Monica Ghedini, Maria Grazia Maurizzi, Maura Russo, Irene Seminerio, Tommaso Squeo, Cristina Stagni, Angela Tassinari, Silvia Trombetti, Isabella Brunella Viciconte; **AUSL Imola**: Nadia Ferri, Claudia De Maria; **AUSL Ferrara**: Alessandra Amà, Cinzia Iorio, Nicole Pavani, Letizia Marchetto, Arianna Becccati, Alessandro Bruni, Valeria Capatti, Marta De Fazio, Susana Squarzoni, Idelma Mangherini, Damiana Farinelli, Francesca Chiarabelli, Sonia Bellini, Debora Bigoni, Luciano Cristofori, Floriana Piola, Roberta Govoni, Roberta Pretto. **AUSL Romagna (Cesena)**: Patrizia Amaduzzi, Elena Brighi. Michela Brigliadori, Giorgia Fabbri, Elena Lani, Francesca Massari, Alessandra Pavani, Tiziana Piscone, Francesca Sindaco, Lucchi Alessandra, Nini Alessandra, Nucci Ginetta, Fabbri Cinzia, Rocchi Roberta, Bouccin Marie Line, Giancono Liana, Zaccanti Stefania; **AUSL Romagna (Forlì)**: Donatella Cocchi, Marta Bussi, Silvia Bandini, Elisa Nanni, Simona Cellini; **AUSL Romagna (Ravenna)**: Federica Michetti, Francesca Provenzano, Giulia Savorelli; **AUSL Romagna (Rimini)**: Simona Maini, Anna Quero, Emanuela Diciano, Lucia Dicorato, Giorgia Maria Scorpecci, Silvia Tabellini, Monica Monaldi, Mariachiara Brucculeri.

Regione Marche

Referenti regionali
Marco Morbidoni (referente), Antonella Guidi, Annalisa Cardone, Cristina Mancini.

Referenti aziendali
ASUR Area Vasta 1: Alfredo Vaccaro; ASUR **Area Vasta 2**: Marco Morbidoni; **ASUR Area Vasta 3**: Franca Laici, Simona Quarchioni; **ASUR Area Vasta 4**: Ilenia Sacchetti; **ASUR Area Vasta 5**: Silvia Ribiscini

Operatori sanitari
ASUR Area Vasta 1 Pesaro: Eugenio Carlotti, Serena Breglia, Flavia Brescancin, Francesca Montagano, Stefania Pierini, Alessandra Magi, Silvia Sanchioni, Luca Marchitelli, Andrea Flocco, Sara Scatena, Sabrina Maltoni, Giuliana Zenobi, Martina Florio, Silvia Bruscaglia, Gigliola Genga, Ponzio Gessica; **ASUR Area Vasta 2 Ancona**: Daniela Cimini, Patrizia Marcolini, Rossella Montini, Federica Scaccia, Selena Saracino, Susanna Cimica, Daniel Fiacchini, Sara Galmozzi, Vania Moroni, Catia Mezzanotte, Sestilia Sparvoli, Luciana Lesti, Elisabetta Branchesi, Roberta Patrignani, Andrea Poscia, Giorgia Mazzarini, Francesca Caprara, Fabrizio Peranzoni, Donatella Di Capua, Antonello Ballarini, Andrea Gentili, Mirella Marcellini, Lorena Freddi, Milena Cavallotti, Maria Lourdes Orbegozo, Cecilia Panizzi, Angelo Luca Porcelli, Davide Gatto, Elena Di Fabio, Elisabetta Bellucci, Francesca Marchegiani, Gloria Ginestra, Lorenza Plevano, Lucia Isolani, Mariagrazia Bianchi, Marlyn Barchetti, Michele Marziali, Milena Montesi, Paola Morettini, Patrizia Achille, Serena De Medio, Tiziana Mangoni, Elita Ulisse, Marilena Canonico, Massimo Onorato, Luisanna Servadio, Lucia Tricarico; **ASUR Area Vasta 3 Macerata**: Alberto Tibaldi, Manuela Cerquetti, Francesca Mazzarelli, Laura Evaristi, Annarita Mogetta, Chiara Cozzi, Irene Petrelli; **ASUR Area Vasta 4 Fermo**: Giuseppe Ciarrocchi, Gigliola Damen, Letizia Gorrasi; **ASUR Area Vasta 5 Ascoli Piceno**: Claudio Angelini, Francesca Picciotti, Alessandra Ricciardi, Fabiola Simonetti, Elisabetta Giovannelli, Tiziana Faienza, Sandra Clementi.

Regione Lazio

Referenti regionali
Lilia Biscaglia, Patrizia Proietti (referenti), Maria Gabriella Calenda, Daniela Porta.

Referenti aziendali
ASL Roma 1: Antonietta Spadea; **ASL Roma 2**: Giovanni Colaiocco; **ASL Roma 3**: Patrizia Grammatico; **ASL Roma 4**: Clara Fusillo, Maria Teresa Sinopoli; **ASL Roma 5**: Valerio Dell'Orco, Emanuela Gentili; **ASL Roma 6**: Raffaele Catapano, Paola Barni; **ASL Frosinone**: Maria Gabriella Calenda, Anna Maria Pugliese; **ASL Latina**: Aida Recchia; **ASL Rieti**: Vincenzo Spina; **ASL Viterbo**: Silvia Aquilani.

Operatori sanitari
ASL Roma 1: Raffaella Mosco, Fabrizio Piperno, Marco Paparatti, Sara Ciampini, Valentina Ungari, Paolo Maggiolini, Claudia Cardegna, Tamara Ciaralli, Tiziana Cifaldi, Roberta Grieco, Andrea Martellacci, Maria Rosaria Panarese, Paola Principi, Roberta Lamboglia, Milena Vece, Ksenia Ranieri, Fabio Picchiarelli, Gaetano Gerbasi, Pina Troisi, Francesca De Marco, Mirela Loredana Iordachescu, Alessandra Lemme, Ludmila Goncear, Blerina Kapllani, Loredana Contini, Fiorella Deganello, Anna Maria Longano, Monia Marcellino, Anna Antonaci, Pia Zampini, Mariella Gagnoni, Giuseppe Cammarata, Giuseppina Pincardini, Aurora Santagata, Silvia Tonelli, Maria Grazia Martelli, Maurizia D'Amore, Gaia Quattromani, Cristina Mangiocavallo, Natalia Colomeet, Luisa De Matteo, Maria Pia Ciancarella, Laura Ferrar, Maria Antonietta Procaccino, Teresa Ierardi, Patrizia Torturo, Marta Mirabelli, Anna Colantoni, Emanuele Di Cosimo, Maria Antonietta Giuliani, Anna Valentini, Ilaria Proietti Cosimi, Natascia Insacco, Loredana Sforza, Annalisa Palomba; **ASL Roma 2**: Simona Marocchini, Filomena Cinquegrana, Emanuela Menichelli, Cinzia Di Giuseppe, Patrizia Sallese, Annamaria Del Vecchio, Silvana Brucchi, Chiara Rossi, Micaela Chiavacci, Patrizia Belfiori, Anna Cicia, Maria Pierina Barbarini, Rita Orsi, Annarita Merolla, Concetta Carlini, Gloria Lobrano, Paola Mignucci, Francesca Gatti, Antonio Iannacone, Germana Ronzoni, Tommaso Volpe, Lucente Alessandra, Cristiana Vazzoler, Edoardo Barberini, Chiara Colantoni, Cinzia Roscetti, Angela Monti, Rossella Scarfone, Teresa Evangelista, Alessandra Amoruso, Silvia Mastantuono, Valentina Mazzocato, Federica Trani, Claudio Gentili, Antonio Gucciardo, Rita Truncellito, Francesco Paolo De Leonardis, Veronica De Leonardis, Serenella Saliola, Nunzia Cosentino, Maurizio Signorello, Clafiria Grimaldi, Matteo Gizzi, Damiano Calella, Piera Amoriello Lamberti, Carla Di Stefano, Marisa Rizzuti, Roberto Taglieri, Silvio Maria Gherardi, Carlotta Morvile, Valeria Arzeni, Francesca Balducci, Anna Belli, Sara Benedetti, Riccardo Bosi, Maria Palma Carbone, Bernadette Faggioli, Marinella Ferri, Valentina Lo Faro, Rita Luparia, Maria Rosaria Miglietta, Marina Morisi, Maria Teresa Petruzzi, Maurizio Prota, Sergio Rogai, Camilla Scardia, Antonella Sesto, Giuseppina Stocchi, Isotta Gentile, Luigi Ceriello, Vincenza Starace, Giorgio Fraioli, Catia Sbarra, Anna Nigrelli, Laura Villa, Maria Ferrera, Maria Luisa Ramadori, Massimo Faraci, Loretta Del Greco, Barbara La Ciura, Angelica Severin, Rosalina Murru, Valentina Perrone, Cristina Guarino, Simona Girau, Maria Immacolata Savina, Carla Lozzi, Simonetta Piersanti, Alessandra Ranucci, Tatiana Cocozza, Catello Esposito, Alessandra Latini, Daniela Leggi, Manolita Alvisini, Gabriele Garofalo, Laura Reato, Sabrina Bocola, Patrizia Lezzerini, Elisabetta Liuzzo, Annarita Diodato, Angela De Stefano, Matteo Scipioni, Simona Cuomo, Patrizia De Lorenzo, Viviana Salerno, Alessandra Ulgheri, Alessandra Del Pinco, Alessandra Censi, Maria Casagrande, Stefania Frasconi, Mattea Maggese, Barbara Mazzone, Enza Sbaraglia, Emanuela Bindi, Alessandra Labate, Anna Graziani, Aniello Faggi, Lorena Marangoni; **ASL Roma 3**: Alessia Denni, Emanuela Giordanelli, Luigi Moroni, Alessia Perrotti, Maria Cristina Ciaccheri, Pelagia Chatzichriststou, Francesca Leone, Sabrina Santini, Giustina Faparelli, Rita Forconi, Martina Incagnola, Carla Prosperi, Anna Massei, Loredana Porena, Anna Rita Piras, Silvia Cugusi, Valentina Cafagna, Giorgia Facchini, Danilo Parri, Mauro Neri; **ASL Roma 4**: Daniela Scognamiglio, Francesca Romana Antonetti, Antonio Massimo, Roberta Accardo, Alifa Curci, Margherita Miccolis, Maria Letizia Donghi, Davide Puddu, Roberta Sciarra, Anna Maria Bianchi, Silvia Cardarelli, Cristina Curti, Beatrice Sciancalepore, Giuseppe Bufardeci, Manuela Moretti, Margherita Solimeno, Margherita Fabretti, Elena Arduini, Ilaria Mastromatteo, Stefano Rossi, Alessandro Angelillo, Giulia Roncaccia, Ilaria Borghi, Francesca Adamo; **ASL Roma 5**: Rosalba Angelini, Anna Antonelli, Miriana Calcinario, Anna Cardilli, Rossella Di Lorenzi, Rita Di Paolo, Manuela Di Penta, Giuseppe Di Tomassi, M. Augusta Di Tullio, Lucia Fraboni, Paola Grassitelli, Gina Ilardi, Giuseppe, Leone Francesca, Maggi Lolita, Mancini Cinzia, Martirio Cinzia, Modelli Romina, Nera Daniela, Pallante M. Vittoria Ilardi, Giulia Panzieri, Maria Rita Placidi, Vincenza Prili, Maria Reggio, Monica Romano, Giuseppina Scacchetti, Anna Silvestri, Silvia Supino, Tamara Tranquilli, Olimpia Trotta, Elena Valeri, Paola Vantadori, Giancarlo Corbelli, Girolamo Gullo, Marco Taborchi, Aldo Boccia, Mario Masciullo, Patrizia Nocco, Fiorenza Campagna, Assunta Malagesi, Marco Nicolini, Sabrina Dionisi, Maria Teresa Onorati, Isabella Maria Lucrezia Richichi, Roberto Colucci, Maria Claudia Colasanti, Maria Letizia Curini, Roberta Ronzoni, Gloria Paparelli, Miriam Amici; **ASL Roma 6**: Emanuele Bottosso; Mario Acciari; Massimiliano Martini, Roberta Franchi, Cristiana Foschi, Maria Tortolano, Daniela Delicati, Sandro Montagna, Tiziana Di Lazzaro, Marianna Maggiordomo, Luigi De Matteis, Francesco Silvestro, Domenico Cicciarella, Nicola Di Giorgio; **ASL Frosinone**: Enrico Straccamore, Mariangela Funari, Bruna Rainaldi, Francesco Tosti, ▶

segue

Maria Gabriella Calenda, Paola Battistini, Anna Maria Pugliese, Laura Schiavi, Lucia Balzerani, Daniela De Angelis, Germana Del Monte, Agostina Mastronardi, Marina Maura, Mikaela Mingarelli, Francesca Minotti, Antonella Molinari, Adriana Pennacchia, Barbara Pizzuti, Sara Savone, Elena Velocci, Rosanna Sacchi, Giuseppina Iaboni, Giuseppina Iacuaniello, Graziella Polci, Maria Pia Mazzetti, Donatella Di Libero, Katia D'Arpino, Elena Di Cicco, Angela Caterina Lauria, Assunta Risi; **ASL Latina**: Fabiana Ciampini, Eleonora Costi, Debora De Iulio, Chiara Cicala, Anna Spirito, Paolo Di Sano, Angelina Felaco, Concetta De Meo; **ASL Rieti**: Franca Faraoni; Maurizio Pizzoli; Paola Inches; Francesca Lunari; **ASL Viterbo**: Lucy Becerra, Emanuela Ruggieri, Margherita Manzi, Daniela Ciprianetti, Roberta Di Tullio, Tiziana Feliziani, Orietta Gianlorenzo, Tonina Mantovani, Silvia Dari.

Regione Abruzzo

Referente regionale
Manuela Di Giacomo.

Referenti aziendali
ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila: Cristiana Mancini; **ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti**: Ada Mammarella Anchitella, Ludovica Mascaro; **ASL 03 Pescara**: Graziella Soldato; **ASL 04 Teramo**: Marina Danese .

Operatori sanitari
ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Area L'Aquila: Cristina Bartolomucci, Anna Bruno, Serena Cambiase, Damiana Di Risio, Oriana Gallipoli, Michelina Giannone, Vitalina Pupi, Tiziana Raparelli, Carla Torpedine, Lauretta Turco; **Area Marsica**: Maddalena Cambio, Maria Cristina Carmignani, Flaviana Cervellino, Domenico De Rubeis, Anna Rita Gentile, Vincenzo Grasso, Teresa Liberati, Erminia Marrocchi, Domenico Paradiso, Noris Todisco; **Area Peligno/Sangrina**: Manuela Casella, Donatella Di Loreto, Catia Fallucca, Dora Mosesso, Ghislaine Sciarone; **ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti**: Cesiano Bucci, Anna Bucci, Rosaria Fonte D'Alessandro, Alessandro Giardinelli, Nicola Rabottini, Leopoldo Ricci, Grazia Stivaletta, Maria Stella Vartuli, Michelina Angelicola, Antonella Carbone, Marilisa Carusi, Roberta Cerrone, Assunta D'Orazio, Carmen De Bartolo, Antonella De Rosa, Consiglia Della Gatta, Giuseppina Desiati, Martina Di Fabio, Maria Laura Di Pomponio, Stefania Di Toro, Vitalina Gagetta, Angela Intilangelo, Marisa Luciani, Barbara Mancinelli, Patrizia Moretti, Amalia Palumbo, Miriam Francesca Petti, Loredana Polidoro, Sabrina Pucci, Romilde Santucci, Lucia Savino, Giacinta Sciascio, Gina Sigismondi, Daniela Tambelli, Lea Tinari; **ASL 03 Pescara**: Tania Masci, Jessica D'Orazio; **ASL 04 Teramo**: Diana Di Egidio, Manuel Della Sciucca, Angelo Accica, Giacomo Silvetti.

Regione Campania

Referente regionale
Gianfranco Mazzarella.

Referenti aziendali
ASL Avellino: Gaetano Morrone; **ASL Benevento**: Annarita Citarella; **ASL Caserta**: Maria De Luca, Alessandra Sessa, Angela Pepe; **ASL Napoli 1 Centro**: Marina Tesorone, Rosanna Ortolani, Virgilio Rendina, Maria Rosaria Izzo; **ASL Napoli 2 Nord**: Giuseppina Gallicchio; **ASL Napoli 3 Sud**: Concetta Pane; **ASL Salerno**: Sara Marino, Antonella Pacifico.

Operatori sanitari
ASL Avellino: Giuseppe De Iesu, Mary Porcelli, Moscaritolo Giovanna, Marisa Mastromarino, Maria Antonietta Albanese, Flavia Di Cecilia, Giuseppina Iandiorio, Maria Rosaria Di Palma, Anna Donatiello, Gabriella Nicoletta; **ASL Benevento**: Annarita Citarella (Referente Aziendale), Michelina Ferri, Adele Del Vecchio, Maria Di Lella, Alessia Melillo, Nadia Andriani, Alfredo Boccaccino, Francesco Burro, Albertina Corrado, Elena Lombardi, Concetta Papa, Irene Pedoto, Teresa Piantedosi, Carmelina Agostinelli, Silvana Di Lonardo, Franca D'angelo, Angelina Fasano, Brunella Goglia, Carla Ricciardi, Maria Sanzari, Carmelina Troiano, Annamaria Verrillo, Donatella Brugnetti, Gina Di Mella, Patrizia Lillo, Donata Mansueto, Marcella Pepe, Filomena Seneca, Giovanna Solla; **ASL Caserta**: Anna Gravina, Ubaldo Lanzante, Francesca Clarizia, Andrea Latino, Salvatore Monopolio, Rita Eliseo, Anna Sansone, Carmine De Rosa, Emanuela Savinelli, Anna D'Angelo, Pietro Consoli, Salvatore ▶

segue

Anastasi, Pasqualina Perrotta, Lucia Lepore, Sofia Verde, Alfierino Picano, Antonella Di Cresce, Anna De Simone, Irma Vallario, Rosalba Primasso, Gioconda Maccarone, Luigina Bellini, Rachele Vecchio, Anna Maria Merola, Wilma Di Cicco, Carmela Pigliasco, Margherita De Fusco, Carmela Imundi, Annalisa Cappelli, Maria Sasso, Raffaella Mattino, Maria Giovanna Melone, Filomena Tripaldella, Anna Maria Della Gatta, Alessandra Papale, Antonio Zarrillo, Maria Immacolata Guarino, Luigi Schiavone , Santino Confetto, Franca Mancino, Giuseppina Mottola, Maria Grazia Di Ronza, Antonietta La Pignola, Immacolata Manna, Antonella Stasi, Vincenza Vigliotta, Irene Celiento, Giovanna Fabozzi, Salvatore Chiariello, Carmelina Corvino, Simona Mercurio, Marina Cennamo, Agnese Diana, Sabatino Andreozzi, Clementina Di Matteo, Umberto Santillo, Antonella Carolis, Angelarita Crisci, Giovanni De Chiara, Franco Cantile; **ASL Napoli 1 Centro**: Concetta Abete, Luca Astarita, Loredana Barbato, Vincenzo Barra, Giuseppina Biagi, Gennaro Buonomo, Maria Erminia Camarca, Maria Rosaria D'Agnello, Raffaele D'Avino, Fabiola De Michele, Linda Di Benedetto, Ester Donzelli, Carlo Franzese, Sergio Genovese, Eleonora Giannetti, Luisa Graziano, Raffaella Greco, Antonella Maiorano, Annamaria Maisto, Carlo Martelli, Orsola Palma, Pasquale Pannone, Niki Papadopoulos, Nunzia Raio, Giovanni Rancella, Elena Riccio, Riccardo Rodolico, Loredana Russo, Francesca Signoriello, Maria Carmen Siciliani, Ornella Stoppoloni, Lucia Troise, Carla Ungaro, Fabrizio Vairo, Carmela Vastano, Anna Vitagliano; **ASL Napoli 2 Nord**: Salverina Scotto Di Santolo, Francesca Balivo, Chiara Pascotto, Federica De Seta, Maurizio Severino, Renata Liotta, Orsola D'agostino, Pierpaola Albano, Russo Giuseppe, Gabriella Boccia, Maria Rosaria Di Domenico, Angela Calabrese, Angela Florio, Valentina Calabrò, Roberta Schiattarella, Sofia Boemio, Elena Palma, Claudia Greco, Vittorio Francavia, Giuseppe Verde, Sabrina Trirocco, Rosario Russo, Anna Russo, Carmela Mele, Anna Pezzella, Roberto Serretiello, Michelina Mainolfi, Concetta Perrotta, Palladino Raffaela, Maria Mansi, Agnese Vanore, Ersilia Fabrazzo, Consiglia Cocozza, Elena Arno, Loredana Fabiano, Maria Rosaria Barra, Loredana Napolitano, Assunta Palumbo, Pio Carrela, Claudio Messere, Anna Bello, Pasqualina Di Martino, Assunta Palumbo, Angela Amato, Francesco Casolaro, Emilia D'Antonio, Maria Schiano, Raffaella Di Donato, Teresa Di Perna; **ASL Napoli 3 Sud**: Teresa Abagnale, Anna Laura Anno, Rosaria Annunziato, Stefania Arena, Nicolina Bencivenga, Teresa Borrelli, Carolina Catalano, Simona Celentano, Marianeve Cipriani, Rosa Corfetti, Giovanna Costabile, Maria Antonietta Crispino, Giuseppina Cuomo, Michela De Martino, Rosa D'Auria, Giovanna Esposito, Rosa Esposito, Natascia Franzese, Anna Lucia Formicola, Anna Maria Gargiulo, Maria Pia Giordano, Elvira Guida, Maddalena Iorio, Irene Iorio, Giovanna La Rocca, Giuseppina Liccardo, Lena Silvana Manzi, Marina Montefusco, Martina Paredi, Felicia Peluso, Antonello Pizzella, Annamaria Punzo, Giuseppina Polese, Guglielmo Riverso, Teresa Romano, Carmela Sacchettino, Maria Rosaria Sannino, Maria Sapio, Flavia Santacroce, Stella Triclini, Teresa Tortora, Giuseppina Zinno; **ASL Salerno**: Rosaria De Prisco, Antonella Capodanno, Ippolito Sabatino, Virginia Pesacane, Anna Maria Grimaldi, Marilena Sicignano, Anna Berritto, Eligio Poetini, Gaetano Pisacane, Maria Crescenzo, Maria Rosaria Formisano, Gianni Cardaropoli, Elda Gaeta, Anna Bianco, Giovanna Di Dia, Giancarmine Ferrara, Tiziana Elia, Ida Carratù, Maria Di Palma, Domenico De Girolamo, Cinzia Fusco, Antonio Cavallo, Renata Alfani, Massimiliano Di Stasio, Norma Tedesco, Tiziana Savino, Silvana Inverso, Raffaella Stanziola, Angela Aloia, Manlio Pecorelli, Maria Rosaria Cavaliere, Vincenzo Del Gaudio, Elena Fiordispina.

Regione Basilicata

Referente regionale
Mariangela Mininni.

Referenti aziendali
ASM Matera: Carlo Annona; **ASP Potenza**: Francesco D'Aglio.

Operatori sanitari
ASM Matera: Daniela Stirpe, Antonio Staffieri, Lorena Libardi, Maria Di Simine, Maria Epifania, Immacolata Venturo, Antonio Campisi, Beatrice Racamato, Addolorata Menzella, Anna Sisto, Giovanni Aliuzzi, Elvira Iorio, Giovanna Rondinone, Michele Bonelli, Imperia Decuzzi, Rossana Maggio, Giovanni D'Alessandro, Maurizio Stigliano, Salvatrice Casolaro, Bruna Lermani, Ippolita Maria Marsico, Antonietta Micucci, Lucia Sozio, Caterina Natale, Annunziata Rosano, Citro Artino, Carla Rago, Antonio Di Marsico, Francesca Mangiatordi, Maria Grazia Cirigliano, Serena Pezzuto, Vincenzo Ruggiero, Carmela Castronuovo, Roberta Giliberti, Nicola Simone; **ASM Potenza**: Nicola Lombardi, Giuseppe Cafarelli.

Regione Puglia

Referenti regionali
Nehludoff Albano, Maria Teresa Balducci.

Referenti aziendali
ASL FG: Viviana Balena; **ASL BT**: Michele Terlizzi; **ASL BA**: Letizia Rizzo; **ASL BR**: Pasuqle Domenico Pedote; **ASL TA**: Giovanni Caputi, Francesco Desiante, Carmela Nanula; **ASL LE**: Ingrid Sabrina De Nicola.

Operatori sanitari
ASL FG: Antonia Gallullo, Pasquale Dipadova, Alessandra Sernia, Raffaele Angelillis, Giuseppina Moffa, Marilena Nesta, Antonio Signoriello, G Pasquale elsi; **ASL BT**: Eleonora Calvano, Antonella Leone, Ilaria Tondolo; **ASL BA**: Sabina Natoli, Ricci Vitantonio, Antonia Tagarelli, Maurizio Ferrara, Marinella Ferrucci, Marinella Giasi, Antonia Ruscigno, Damiana Iannone, Antonino Madaro, Maria Antonia Lagravinese, Maria Colapinto, Maria Laera, Angela Luisi, Maria Teresa Palmieri, Giandomenico Losacco, Filomena Annicelli, Porzia Trotti, Filomena Acquasanta, Angela Losacco, Teresa Amati, Irene Russetti, Iris Di Mundo, Raffaele Mininni, Maristella Ciullo, Eusebia Ricci, Nicola Antonacci, Rosa Squitieri, Antonella De Stefano, Gaetano Scanni, Domenico Rizzi, Filomena Fiore, Antonia Pagone, Michele Dicillo, Angela Maria Mastrangelo, Cristina D'urso, Francesco Pace, Maria Derasmo, Elisabett Tangorra a, Annalisa Chironna, Maria Papapietro, Rosita Marinelli, Maddallena Monitillo, Giovanna Capocelli, Giovanni Dicecca, Nadia Dabhaoui, Fabrizio Antonio Congedo, Maria Iurilli, Anna Maria Matera, Nicoletta Ricciardi, Onofrio Pagone, Furio Giuseppina, Gaetano Petitti; **ASL BR**: Annalisa De Luca, Sara Lorusso, Palma Convertini, Elita Mastrovito, Maria Tina Fedele; **ASL TA**: Rosita Cipriani, Grazia Rita Fragnelli, Lina Bruni, Serena Campanella, Valentina Ciusco, Antonia Conserva, Fabio Desiante, Pasqua Mastromarino, Rosanna Montervino, Cinzia Santoro; **ASL LE**: Loredana Bottazzo, Romina Filieri, Tiziana Pacella, Patrizia Quarta, Leonardo Antonio, Giusy Baldari, Antonio Valentino, Sandra, Nestola, Mauro Coppone.

Regione Calabria

Referenti regionali
Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni.

Referenti aziendali
ASP Cosenza: Roberto Leonetti, Rossella Zucco; ASP Crotone: Giuseppe Monti; **ASP Reggio Calabria**: Francesca Tripodi, Laura Surace; **ASP Catanzaro**: Giuseppe Furgiuele, Simona Tramontana; **ASP Vibo Valentia**: Antonia Giordano, Rosabella Talarico, Valia Serafina.

Operatori sanitari
ASP Catanzaro: Virginia Canonico, Antonio Cerra, Domenico Bombardiero, Quirino Daniela, Elena Zappia; **ASP Cosenza**: Roberto Leonetti, Cariati Emilio, Tocci Emanuela, Ferraro Laura , Concetta Floccari, Antonia marasco, Graziano Provenzano, Giuseppe Andriulli, Francesca Scrivano, Tiziana Dattilo, Massimiliano Cervone, Elli Galizia, Domenico Tamburi, Marilena Marino, Franca Massaro, Michelina Robertazzo, Francesca Molinari, Nina Anna Perri, Maria Antonietta Liguori, Giuseppe Bitonti, Sandra Marano, Rosita Veltri, Rosanna De Marco, Gaetano Vaccaro, Luigi Tassitani, Brigida Pettinato, Domenico Ventura, Maria Benavoli, Francesca Gnisci, Enza Leonardo, Bruna Falsetti, Angela Rago, Antonio Serra, Katia de Rose, Angela Corrente, Marcella Drago, Giulia Iazzolino, Clorinda D'Acri; **ASP Crotone:** Lucia Anna Iannone, Maria Francesca Leto, Maria Garà, Angela Tortello Cannata.

Regione Sicilia

Referenti regionali
Maria Paola Ferro (referente), Patrizia Miceli.

Referenti aziendali
ASP Agrigento: Valentina Meli (referente); **ASP Caltanissetta**: Martina Vancheri; **ASP Catania:** Mario Cuccia; **ASP Enna**: Franco Belbruno; **ASP Messina**: Marilena Spadafora; **ASP Palermo**: Chiara Tanese; **ASP Ragusa**: Sonia Cilia; **ASP Siracusa**: Verena Sarcia; **ASP Trapani**: Giovanni Pio Gucciardi.

Operatori sanitari
ASP Agrigento: Anna Casuccio, Antonia Di Falco, Rossana Mangione; **ASP Caltanissetta**: Angela Colajanni, Alice Garofalo, Carlo Mastrosimone; **ASP Catania**: Roberto Furnari, Giuseppe Mangano, Milena Rita Nardi, Rosario Vinci; **ASP Enna**: Eleonora Caramanna; **ASP Messina**: Mariella Accetta, Francesca Cardinale, Vincenzo Merlina, Antonio Nastasi, Giuseppina Pollicino; **ASP Palermo**: Roberto Levita, Martina Nardi, Pietro Alessandro Maniscalco, Valentina Vella, Luisa Vinci; **ASP Ragusa**: Emma Aprile; **ASP Siracusa**: Verena Sarcia; **ASP Trapani**: Giovanni Pio Gucciardi.

Regione Sardegna

Referenti regionali
Maria Antonietta Palmas (referente), Noemi Mereu.

Referenti aziendali
ASSL1: Grazie Tolle; **ASSL2**: Maria Rita Giagheddu (referente); **ASSL3**: Pierluigi Corriga; **ASSL4**: Lucia Noli; **ASSL5**: Laura Pisanu; **ASSL6**: Antonio Oi; **ASSL7**: Tiziana Serra, Alessandra Argiolas; **ASSL8**: Gabriele Mereu.

Operatori sanitari
ASSL1: Emma Cherchi, Tiziana Giacconi; **ASSL2**: Erika Sollai; **ASSL3**: Pieroefisio Demurtas, Rita Cucca, Emanuela Pisone, Valentina Manca, Ileana Bono, Antonino Cucca, Elisa Loi; **ASSL4**: Laura Lai, Anna Maria Sette, Giulia Angius, Gloria Piras, Elena Tascedda, Ludovica Deiana, Alessandra Casula, Sara Marongiu, Lorena Lai, Elena Ligas, Sabrina Deplano; **ASSL5**: Roberto Lauria, Antonella Coratza, Giacomo Manca, Elena Vacca, Elisa Murru, Ignazio Ortu, Pierandrea Monni, Caria Giuseppina, Corda Valentina; **ASSL6**: Rita Quagliano, Mariano Girau, Andrea Pisano, Dana Harabalova, Jessica Pisanu.; **ASSL7**: Anna Rita Orrù, Roberta Corrias, Carla Deiana, Lucia Pinna; **ASSL8**: Isabella Gessa, Eleonora Usai, Claudia Espa, Matteo Contis, Emanuela Campagnolo, Mariangela Casula, Monica Contini, Federica Pisano, Laura Spada, Loredana Lecis, Elisabetta Cannas, Erika Valentini, Francesca Mura, Daniele Lixia, Patrizia Spano, Anna Voccia, Silvia Spissu, Angela Corda, Demetra Farris, Giulia Deiana, Bruna Soggiu, Sandro Porcu, Patrizia Diana, Emanuela Porcedda, Miriam Iannucci, Stefano Catania, Wilma Pitzalis.

Stampato in proprio

Supplemento 1, al vol. 38, n. 3 (2025)
del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità
ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (online)

Legale rappresentante e Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità: Rocco Bellantone
Direttore responsabile: Antonio MIstretta

Registro della Stampa - Tribunale di Roma
n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
www.iss.it

A cura del
Servizio Comunicazione Scientifica