



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle
Professioni Sanitarie

**Progetto "Crescere Insieme: Insieme si
Cresce !": le opportunità offerte
dall' e-health nel supportare
l'accompagnamento
genitoriale alla nascita e nei primi anni
di vita**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Veronica Settembretti

Tesi di Laurea di:
Gloria Mazzolini

Correlatore: Chiar.ma
Prof.ssa Giovanna Diotallevi

A.A. 2023/2024

INDICE:

INTRODUZIONE.....	1
--------------------------	----------

CAPITOLO 1: Information and communication technologies (ICT) e Telemedicina.....2

1.1 Definizione e inquadramento strategico della Telemedicina.....	2
--------------------------------------------------------------------	---

1.2 Classificazione dei servizi di Telemedicina.....	3
------------------------------------------------------	---

1.3 Scenario di riferimento Europeo e Nazionale.....	5
------------------------------------------------------	---

1.3.1 Modello di governance regionale delle iniziative di Telemedicina.....	7
-----------------------------------------------------------------------------	---

1.4 Normative di riferimento.....	9
-----------------------------------	---

1.5 Applicazioni e finalità della Telemedicina.....	14
-----------------------------------------------------	----

1.6 Opportunità offerte dalla telemedicina.....	17
-------------------------------------------------	----

1.7 Comunicazione in tema di tutela e promozione della salute: il ruolo dell' e-health.....	19
---------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPITOLO 2: Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN).....22

2.1 L'importanza dei primi 1000 giorni di vita e di una genitorialità consapevole.....	22
----------------------------------------------------------------------------------------	----

2.2 Definizione e opportunità dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN).....	25
------------------------------------------------------------------------------------	----

2.3 Strutturazione e proposte di Corsi di Accompagnamento alla nascita e alla crescita sul territorio nazionale.....	27
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

2.4 Il Percorso Nascita della Regione Marche (P.O.M.I).....	29
-------------------------------------------------------------	----

2.5 Accompagnamento genitoriale alle prime fasi di crescita del bambino: la prospettiva futura dei CAN e le proposte regionali.....	33
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

CAPITOLO 3: Strutturazione del Progetto “Crescere Insieme” ed elaborazione del questionario di gradimento.....	35
3.1 Introduzione e background del progetto.....	35
3.2 Scopo del progetto.....	38
3.3 Strutturazione del progetto.....	38
3.4 Realizzazione del progetto.....	42
3.5 Elaborazione e diffusione del questionario di gradimento.....	43
CAPITOLO 4: Raccolta ed elaborazione dei dati relativi al questionario di gradimento.....	45
CAPITOLO 5: Conclusioni e proposte future.....	50
Bibliografia.....	53
Sitografia.....	58
Ringraziamenti.....	61

Introduzione:

Il seguente elaborato ha lo scopo di illustrare la strutturazione del progetto “Crescere Insieme: Insieme si cresce!”, creato per fornire una risorsa importante per garantire il benessere e l’ottimale sviluppo dei bambini in età 0-3 anni attraverso il supporto dei loro caregivers, utilizzando le potenzialità fornite dalle nuove tecnologie. Verranno in particolare analizzate le varie fasi di pianificazione e realizzazione di un video informativo inerente allo sviluppo motorio, linguistico, visivo, comunicativo-relazionale, del feeding e del gioco del bambino dagli 0 ai 3 anni e di un questionario di gradimento anonimo relativo al filmato stesso, con analisi dei risultati ottenuti.

All’interno del primo capitolo è stato riportato e descritto il concetto di *e-health*, focalizzando l’attenzione sulla Telemedicina, le tipologie di servizi in cui essa si articola, le opportunità ed applicazioni della stessa e le normative di riferimento. In particolare, è stata sottolineata la potenzialità fornita dalle nuove tecnologie per garantire la tutela e la promozione della salute attraverso la diffusione di informazioni sanitarie.

Nel secondo capitolo sono state riportate informazioni relative ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), come si strutturano e quali sono le evidenze scientifiche a supporto degli stessi. Sono state inoltre analizzate alcune proposte di percorsi di accompagnamento alla nascita ed alla crescita sul territorio nazionale e regionale e le possibili prospettive future.

Nel terzo capitolo è stato dettagliatamente descritto il progetto “Crescere Insieme: Insieme si cresce! ”, il background, lo scopo, la strutturazione, l’elaborazione e la diffusione dello stesso e del questionario di gradimento relativo ad esso.

Nel quarto capitolo sono state effettuate un’analisi ed elaborazione mediante grafici dei dati relativi al questionario.

Nel quinto capitolo infine sono state illustrate le conclusioni e le possibili proposte ed evoluzioni future del progetto.

Capitolo 1: Information and communication technologies (ICT) e Telemedicina

1.1 Definizione e inquadramento strategico

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie devono contribuire a garantire equità di accesso a cure (anche altamente specialistiche) in territori remoti, supportare la gestione delle cronicità, assicurare la continuità assistenziale ed il confronto multidisciplinare e fornire un supporto fondamentale per i servizi di emergenza-urgenza (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Introduzione, 2012). È necessario di conseguenza prestare attenzione ai mutamenti dei bisogni di salute della popolazione, la quale risulta costituita da un numero sempre crescente di anziani e di soggetti con patologie croniche, rendendo quindi fondamentale una riorganizzazione della rete dei servizi e delle possibilità di erogazione degli stessi (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Introduzione, 2012). In tale ottica, certamente i progressi tecnologici possono fornire un interessante contributo, consentendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, un centramento dei servizi sul cittadino e una facilitazione all'accesso alle prestazioni sanitarie (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Introduzione, 2012). In questo contesto di riferimento si sviluppa la Telemedicina, termine che il Ministero della Salute definisce come “una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località” (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Definizione, 2012). La telemedicina richiede e comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati a carattere medico in forma di suoni, immagini, documenti, al fine di garantire la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed i successivi controlli dei pazienti. Sebbene i servizi di Telemedicina siano assimilabili a servizi diagnostico-terapeutici erogati in altre modalità, essi non hanno il fine di sostituire le prestazioni sanitarie tradizionali, ma piuttosto integrano queste ultime, migliorandone efficacia, efficienza e appropriatezza, ottemperando ai medesimi obblighi e diritti.

1.2 Classificazione dei servizi di Telemedicina

È possibile categorizzare in macro-categorie e micro-categorie i servizi di Telemedicina: **Telemedicina Specialistica, Telesalute e Teleassistenza**. Con “**Telemedicina specialistica**” si intendono le possibili modalità con le quali si forniscono servizi medici a distanza all’interno di una specifica disciplina medica, coinvolgendo medici, pazienti e eventualmente altri operatori sanitari . A sua volta, tale macro-categoria si suddivide ulteriormente sulla base di differenti possibilità di erogazione in tre micro-categorie:

1. Televisita: atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente in tempo reale, consentendo la definizione di una diagnosi e conseguente eventuale prescrizione di farmaci.
2. Teleconsulto: indicazione di diagnosi e/o scelta terapeutica senza la presenza fisica del paziente. Avviene mediante l’interazione a distanza tra professionisti sanitari con una certa competenza su un dato settore, che permette ad un medico di consultarsi con altri professionisti sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.
3. Telecooperazione sanitaria: atto consistente nel fornire assistenza da parte di un medico o operatore sanitario nei confronti di un altro medico o operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Spesso viene richiesta in situazioni di emergenza/urgenza, con il paziente presente o meno.

Una sintesi della classificazione proposta per la telemedicina specialistica viene riportata di seguito nella Tabella 1.0. , specificandone l’ambito di intervento sanitario, le tipologie di pazienti che possono usufruire di tale servizio, la disciplina cui il servizio si rivolge, le possibili finalità (monitoraggio, diagnosi, prevenzione, cura, riabilitazione e le modalità di relazione medico-paziente. (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Introduzione, 2012)

Tabella 1.0. “Telemedicina Specialistica”

TELEMEDICINA SPECIALISTICA				FINALITA'					RELAZIONE*		
		PAZIENTI	AMBITO	Monitoraggio	Prevenzione	Diagnosi	Cura	Riabilitazione	B2C B2B2C	B2B2C	B2B
TELEMEDICINA DEI MEDICI SPECIALISTI			TelePatologia (Laboratorio Biomedico e Anatomia Patologica)						Televisita	Telecooperazione sanitaria	Teleconsulto
			TeleRadiologia								
			TeleCardiologia								
			TelePneumologia								
			TeleDermatologia								
	tutti	sanitario	TeleOftalmologia								
			TelePsichiatria/TelePsicologia								
			TeleNeurologia								
			TeleChirurgia								
			TeleEmergenza								
			TeleRiabilitazione								
			TelePediatria								
		**									
TELEMEDICINA del TERRITORIO			TeleMMG								
			TelePLS								

* B2B: individua la relazione tra medici
 B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario
 B2C: individua la relazione tra medico e paziente
 ** tutte le specialità mediche e chirurgiche

Per quanto concerne la **Telesalute**, essa attiene principalmente al dominio dell’assistenza primaria. Riguarda l’insieme di servizi e sistemi che consentono il collegamento tra medici e pazienti (in particolare cronici) , garantendo un’assistenza nella diagnosi, monitoraggio, gestione e responsabilizzazione degli stessi. La Telesalute prevede che il paziente sia attivo nel processo di cura (autocura) cercando di rafforzarne l’*empowerment*, ed in questo differisce dal Telemonitoraggio. La Telesalute dunque comprende il Telemonitoraggio (che consiste nella trasmissione e registrazione, automatizzata o meno, di parametri vitali), ma permette di supportare programmi di gestione della terapia e migliorare l’informazione, formazione ed empowerment del paziente (knowledge and behaviour).

Con il termine “**Teleassistenza**” si definisce invece un insieme di servizi socio-assistenziali volto alla presa in carico della persona anziana/fragile a domicilio, attraverso

attivazione di servizi di emergenza, chiamate di supporto da parte di un centro di servizi, gestione degli allarmi. Fondamentale è la connessione tra i servizi sanitari e la Teleassistenza, la quale ha contenuto prevalentemente sociale, al fine di garantire la continuità assistenziale. (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Classificazione dei Servizi di Telemedicina, 2012).

1.3 Scenario di riferimento Europeo e nazionale

Le opportunità offerte dai servizi di Telemedicina sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale, per tale motivo in molti paesi Europei essa è estremamente diffusa e supportata da interventi normativi, documenti strategici e progetti a livello nazionale. Il Comitato economico e sociale europeo ha espresso in data 23-12-2009 un parere in merito alla Comunicazione COM(2008)689, sottolineando le opportunità che essa può offrire nell'affrontare le sfide principali per i sistemi sanitari ed i vantaggi sociali ed economici potenzialmente enormi ad essa correlati (Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, Bruxelles, 4 novembre 2008 COM(2008)689). Il documento sottolinea anche l'esigenza di coinvolgere gli utenti del sistema sanitario nella definizione delle modalità di sviluppo e di finanziamento dei nuovi servizi di telemedicina. Facendo riferimento anche all'Agenda Digitale, predisposta dalla Commissione europea in attuazione del piano Europa 2020 ed ufficializzata il 19 agosto 2010, in tal sede viene previsto un piano d'azione su cui la Commissione Europea intende focalizzarsi al fine di diffondere i servizi di Telemedicina, coinvolgendo gli stakeholder e gli stati membri. Facendo riferimento ad alcuni Paesi Europei, è possibile identificare alcune interessanti strategie adottate dagli stessi nei confronti della Telemedicina. Tra gli Stati in cui essa è più diffusa, sicuramente vi è la Svezia, dove già nel 2008 era in uso in più del 75% degli ospedali in oltre 100 differenti applicazioni (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Inquadramento strategico, 2012). Grande investimento di risorse economiche in soluzioni e-health è stato effettuato anche da parte della Norvegia, la quale ha sfruttato la possibilità di erogazione di servizi sanitari a distanza offerta dalla Telemedicina all'interno di un contesto nazionale caratterizzato da scarsa densità della popolazione e necessità di compiere lunghe distanze per raggiungere le strutture

ospedaliere da parte dei cittadini. Anche qui le applicazioni d'uso sono innumerevoli: Telepatologia, Tele-psiatria, Tele-patologia e Teleconsulto tra MMG e medico specialista sono solo alcuni esempi. Nel maggio 2008 il *Department of Health* in Gran Bretagna ha consentito lo sviluppo del *Whole System Demonstrator (WSD) Programme*, volto a garantire alle persone fragili ed ai malati cronici cura e assistenza attraverso proposta di servizi di Teleassistenza e Telesalute. Tale progetto ha coinvolto in 2 anni più di 6000 pazienti e 200 medici nella più grande sperimentazione sistematica di Telemedicina mai condotta, con risultati molto incoraggianti. Per quanto riguarda la Spagna, i Sistemi Sanitari regionali hanno iniziato a concentrare parte delle loro risorse nello sviluppo di servizi di Telemedicina da ormai più di 20 anni, mentre in Francia il 19 ottobre 2010 sono state definite le condizioni di attuazione e le modalità organizzative della Telemedicina con il decreto 2101-1229 (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Inquadramento strategico, 2012). Spostando la nostra attenzione sullo scenario italiano, nel 2007 la Regione Emilia-Romagna a seguito di convenzione stipulata con il Ministero della Salute e in collaborazione con altre regioni, ha istituito l'Osservatorio Nazionale e-Care, con l'obiettivo di migliorare accessibilità ed efficacia dei servizi di Telemedicina e creare una mappa di reti e-care, tenendo conto delle strategie europee e degli obiettivi del piano sanitario nazionale. In ambito militare, sempre in Italia viene sostenuto lo sviluppo da parte delle Forze Armate della Telemedicina militare, applicabile durante le operazioni militari, nelle missioni militari e anche come strumento di azione pacificatrice. Allo stesso modo, la Protezione Civile ha sviluppato modelli di Telemedicina utilizzabili durante emergenze e catastrofi. Infine, il CIRM (Centro Internazionale Radiomedico), fondato nel 1935, assolve il ruolo di TMS (TeleMedicine Assistance Service) nazionale italiano nell'ambito dei sistemi SAR (Search and Rescue) sia sul mare che per la navigazione aerea (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Inquadramento strategico, 2012). Per concludere, è sicuramente necessario anche tenere in considerazione quanto la pandemia COVID-19 abbia contribuito a livello nazionale e internazionale ad un uso sempre più esteso dei servizi di Telemedicina. Essa si è rivelata infatti uno strumento che ha trasformato l'erogazione di servizi medici, con benefici specifici nei vari settori medici nei quali è stata applicata. Tali benefici, insieme agli orientamenti e alle esperienze riportate

dovrebbero invitare i sistemi sanitari a lavorare per un'implementazione della telemedicina in vari campi. (Hincapié MA, Gallego JC et al. 2020).

1.3.1 Modello di governance regionale delle iniziative di Telemedicina

A livello Europeo è previsto che ogni Stato membro valuti le proprie esigenze e priorità in materia di Telemedicina ed integri tale servizio all'interno della sanità, anche e soprattutto dal punto di vista normativo. In Italia tali indicazioni riguardano anche la realtà regionale e la programmazione sanitaria di essa. Per garantire un appropriato sviluppo della Telemedicina è necessario:

- Promuovere soluzioni di Telemedicina coerenti e bilanciate nelle Aziende Sanitarie
- Individuare i contesti clinici e organizzativi che possano meglio beneficiare di un approccio di sistema, valutando gli aspetti economici e le capacità disponibili a livello locale
- Sorvegliare l'andamento delle iniziative intraprese, valutandone la sostenibilità a lungo termine e l'eventuale possibilità di ampliamento

In primo luogo però è necessario individuare quali siano i processi di cura che potrebbero beneficiare di soluzioni di Telemedicina. Questo è possibile mediante:

- La manutenzione di un Catalogo Regionale delle competenze di Telemedicina attraverso un censimento delle iniziative , dei progetti e dei servizi di Telemedicina attivi, pianificati o conclusi in Regione
- Analisi dei fabbisogni sanitari identificati dalla pianificazione Regionale, per evidenziare le tematiche che possano beneficiare delle soluzioni di Telemedicina.

Questa sistematizzazione consente di valutare la rilevanza delle singole tematiche individuate per un intervento strategico e pervasivo in ambito regionale. Tale approccio fornisce infatti un'organica visione d'insieme, centrata certamente sui bisogni della Regione, ma valutabile anche e soprattutto a livello nazionale, tramite il confronto dei risultati ottenuti con le analoghe iniziative ed esigenze delle altre regioni.

Queste attività richiedono in ciascuna Regione e Azienda Sanitaria un coordinamento unitario relativamente agli aspetti normativi, organizzativi, economici, clinici/sanitari e

tecnologici/ infrastrutturali, per coordinare, insieme ai responsabili delle iniziative e agli eventuali stakeholder interessati, il riutilizzo dei modelli adottati e delle buone pratiche, la pianificazione comune, la realizzazione di eventuali infrastrutture inter-aziendali, e i confronti con le altre realtà Regionali (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Modello di Governance Regionale delle iniziative di Telemedicina, 2012).

Considerando la realtà delle Marche, la Regione dispone attualmente di un patrimonio di sistemi informativi e infrastrutture, condiviso tra tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale, grazie al quale è possibile impostare una governance regionale su percorsi unitari (Conti G; Sisti C, 2018). Citando i principali:

- Sistema informativo amministrativo: permette la gestione del personale e il controllo gestionale
- Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- Anagrafe unica degli assistiti (ARCA)
- Sistema di gestione degli screening
- Dipartimento di prevenzione e medicina legale
- Sistema di accoglienza delle prescrizioni dematerializzate (SAR)
- Framework di autenticazione regionale (FED-Cohesion)
- Polo di Archiviazione documentale per la conservazione di documenti sanitari e amministrativi

Interessante inoltre ricordare che, dal 2011, è stata avviata l'acquisizione di alcune componenti del sistema informativo sanitario e socio-sanitario regionale, che ha permesso alla Regione di creare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dotarsi di altri sistemi legati ad esso:

- Sistema di network regionale di diagnostica per immagini (RIS-SIAT)
- Sistema di Laboratorio Analisi (SILARM)
- Rete del Territorio (Sirte): sistema nato con l'obiettivo di assicurare continuità assistenziale e coordinamento dei percorsi di cura tra i professionisti, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio, strutturando processi omogenei su tutto il territorio Marche. Esso permette di attivare una molteplicità di percorsi assistenziali trasversali, permettendo agli utenti di avere una visione d'insieme di tutti i servizi messi a disposizione agli assistiti presi in carico. Altra

fondamentale finalità è l'ottimizzazione del lavoro dei professionisti e la semplificazione delle procedure amministrative di avvio dell'ordinativo, rendicontazione e fatturazione delle prestazioni, producendo inoltre flussi di dati per soddisfare i debiti informativi verso Regione e Ministero della Salute e quindi diventando utile strumento per il monitoraggio e la programmazione aziendale e regionale. (Conti G; Sisti C, 2018)

- Sistema di Cataloghi Unici regionali
- Piattaforma di Telemedicina: avente funzioni di diagnosi e monitoraggio, utilizzabile anche dagli operatori del territorio, per perseguire un incremento della deospedalizzazione degli assistiti. La finalità è quella di potenziare l'assistenza sanitaria degli ospedali di comunità, cuore dell'attuale modello assistenziale territoriale in quanto costituiscono punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, in connessione con gli studi di medicina generale, farmacie, poliambulatori e presidi ospedalieri. Lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione consente infatti di migliorare l'accessibilità ai servizi, ridurre l'ospedalizzazione e gestire in maniera tempestiva le eventuali urgenze. (Conti G; Sisti C, 2018)

1.4 Normative di riferimento

Il decreto legislativo n°502 del 30 dicembre 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e le successive modifiche e integrazioni (tra cui D.Lgs 229/99) norma, all'interno del titolo II “prestazioni” la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni ed in particolare – dall'art. 8 bis all'art. 8 quinquies – definisce le 4 fasi attraverso cui le strutture sanitarie possono erogare le prestazioni: di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale, sanitarie e socio-sanitarie in regime residenziale (RSA) ‘entrano’ nel sistema: 1) l'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, 2) l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie, 3) l'accreditamento istituzionale e 4) gli accordi contrattuali. Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio – necessario per chiunque voglia esercitare una attività sanitaria, anche senza oneri a carico del SSN, in regime esclusivamente privatistico - è subordinato all'accertamento del possesso dei requisiti minimi, definiti a livello nazionale, per l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte della struttura interessata al

provvedimento, sia essa pubblica o privata: in tal modo, rappresenta la base minima di sicurezza e garanzia per il paziente. (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Integrazione della Telemedicina nel servizio sanitario, 2012). Rispettando chiaramente i principi fondamentali e i livelli essenziali posti dalla legislazione statale, le Regioni si occupano di definire i criteri di accreditamento e di stabilire quali sono i requisiti ulteriori eventuali che il legislatore regionale ritiene necessari per poter esercitare attività sanitarie con oneri a carico del SSN. Chiaramente si tratta di requisiti necessari ma non sufficienti, in quanto per la effettiva erogazione in regime di SSN, è fondamentale la stipula di un accordo contrattuale tra il soggetto erogatore e la Regione/ASL di competenza (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Integrazione della Telemedicina nel servizio sanitario, 2012).

Come già sottolineato in precedenza, i servizi di Telemedicina non rappresentano un'alternativa alla medicina tradizionale, bensì uno strumento che può essere sfruttato per estenderne i confini al di fuori dei consueti spazi. Nel quadro normativo generale pertanto si configura come una diversa modalità di erogazione, per la quale sono necessarie alcune precisazioni rispetto alla cornice normativa di riferimento.

Per poter esercitare attività di Telemedicina nelle varie discipline con oneri a carico del SSN, il centro erogatore compatibilmente alla programmazione regionale deve:

- Essere accreditato dalla Regione (o Provincia autonoma) per la disciplina specialistica in questione (cardiologia, diagnostica per immagini, oftalmologia ecc...) per la quale si vogliono attivare le prestazioni di Telemedicina e/o PDTA o PCA integrati con attività di Telemedicina
- Attenersi al Documento per l'erogazione della singola prestazione di Telemedicina e/o al Documento per erogazione del PDTA o PCA integrato con attività di Telemedicina, definiti dalla Regione. I percorsi clinici-assistenziali sono uno strumento essenziale ad orientare la pratica clinica, che integra e coinvolge gli operatori interessati al processo avendo l'obiettivo di ridurre le variabilità dei comportamenti, promuovendo piuttosto i più appropriati e virtuosi sulla base delle linee guida internazionali. Si basano sulla definizione della migliore sequenza di azioni, tempo ottimale degli interventi e riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo di qualità in sanità (Linee di indirizzo nazionali

Telemedicina, Documento del Percorso Clinico Assistenziale Integrato, 2012). Se da una parte è vero che il servizio di Telemedicina possa apportare indubbi miglioramenti a tale sistema, dall'altra è necessario un inserimento della stessa in maniera organica, attraverso il Documento del PCA o PDTA integrato. Con esso è possibile non solo sfruttare al massimo le potenzialità di tale servizio, ma anche valorizzare e attribuire dei costi all'intero percorso, evidenziando (o meno) la sostenibilità economica dello stesso (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Documento del Percorso Clinico Assistenziale Integrato, 2012).

- Attenersi al Documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina erogate definito dalla Regione, tenuto conto anche di standard definiti a livello nazionale. Da tale Documento si evincono i livelli di competenza della struttura sanitaria fornendo garanzie di accesso al servizio e garanzie tecnologiche, professionali, organizzative e cliniche.
 - Garanzie di accesso al servizio: equità e trasparenza, attraverso liste di attesa chiare e verificabili, debbono essere garantite. Nel caso di strutture accreditate è opportuno che venga assicurata l'integrazione con i centri di prenotazione regionali
 - Garanzie tecnologiche: riguardano specificatamente i servizi di Telemedicina. Le informazioni debbono essere trasmesse e gestite obbligatoriamente in maniera integra, e vi deve essere coerenza tra informazione trasmessa e informazione disponibile quando la prestazione viene erogata in modalità convenzionale. Deve essere garantita dall'infrastruttura di telecomunicazione l'operatività del servizio grazie all'adozione di standard di telecomunicazione e all'interoperabilità delle reti e dei protocolli di cui fa uso, continuità del servizio e la sicurezza del cittadino (nello specifico per quanto riguarda la verifica della sorgente di informazioni, protezione delle informazioni da accessi non autorizzati, sicurezza informatica e riservatezza attraverso soluzioni tecniche di profilazione degli utenti del servizio). Dal momento in cui inoltre vengano utilizzati dispositivi medici, essi dovranno rispondere alla legislazione corrente in termini di salute e sicurezza, come definito nelle direttive comunitarie per la certificazione di dispositivi medici e relative linee guida. La direttiva comunitaria definisce Dispositivo Medico anche il software

utilizzato, la cui classificazione è trattata da linee guida (Med Dev 2.1/6) e la cui conformità a specifici standard è rimandata a norme verticali (ad esempio ISO EN UNI). Inoltre, per le applicazioni di tecnologie ICT (infrastrutture e software) che permettono di mettere in contatto più dispositivi medici, alcune linee guida definiscono le mutue responsabilità tra Centri Erogatori, Centri Servizi e Produttori di dispositivi medici (ISO IEC 80001). Nella gestione delle Informazioni sanitarie, deve essere garantito l'utilizzo di formati e standard di codifica, laddove prescritti dal legislatore

- **Garanzie professionali:** è fondamentale la definizione di un organigramma che identifichi i vari livelli di responsabilità tecnico-organizzativa della struttura (direttore sanitario o tecnico) e delle responsabilità professionali, quantificando il fabbisogno di personale, in termini anche di requisiti professionali posseduti e costantemente aggiornati per ciascuna professione o qualifica professionale e per posizione funzionale
 - **Garanzie organizzative:** riguardano le procedure di cui la struttura si dota al fine di garantire un servizio di qualità. A tal fine è necessario prevedere un appropriato sistema di monitoraggio, verifica e valutazione dell'applicazione delle procedure con un sistema di indicatori
 - **Garanzie cliniche:** necessaria è l'osservanza di linee guida ed evidenze scientifiche derivate dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale riguardo la patologia trattata per progettare e realizzare l'attività (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Documento di definizione degli standard di servizio, 2012)
- Stipulare se necessario specifici accordi contrattuali con le Regioni/ASL per i servizi di Telemedicina (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Integrazione della Telemedicina nel servizio sanitario, 2012). Gli accordi contrattuali permettono di esplicitare le modalità in cui viene gestito il servizio di Telemedicina, garantiscono un'adeguata formazione degli operatori e l'accreditamento dei Centri Erogatori e le modalità di rimborso.

La figura 1.2 riporta in maniera schematica le modalità con le quali i servizi di Telemedicina vengono integrati all'interno del SSN.

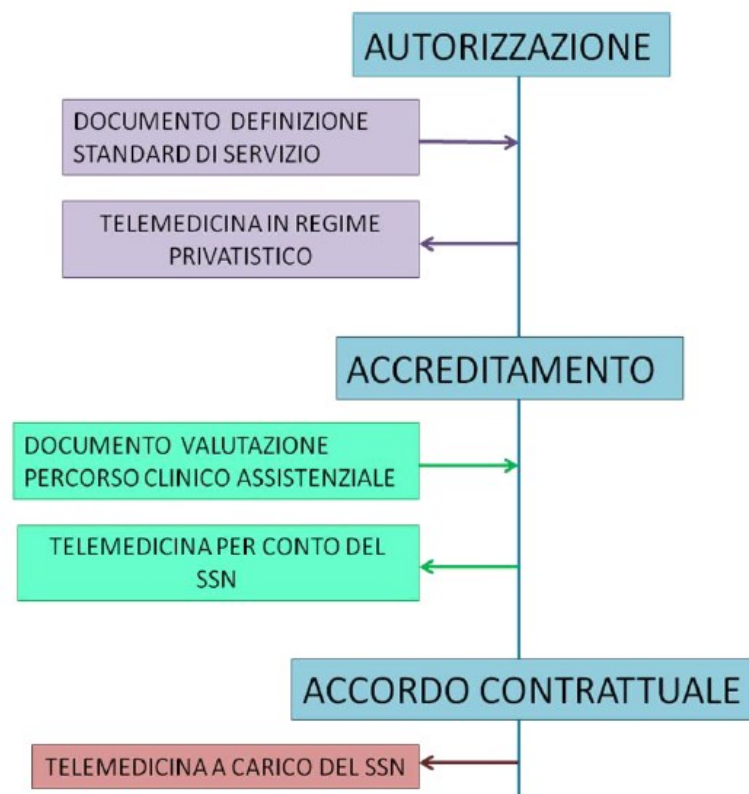


Figura 1.2. Modalità di integrazione dei servizi di Telemedicina

Facendo riferimento ai termini “Centro Erogatore” e “Centro Servizi”, è opportuno sottolineare la differenza tra questi due organi. Il Centro Servizi non interviene a livello di responsabilità clinica, ma risponde al Centro Erogatore per quanto riguarda lo svolgimento delle varie mansioni, soprattutto per quanto concerne la garanzia del mantenimento di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie, utilizzate durante le attività di Telemedicina, nello stesso modo in cui ogni sistema informatico deve rispettare le normative in vigore riguardo al trattamento dei dati personali. Nel caso invece in cui il servizio di telemedicina si attui attraverso un Centro Servizi, dovrà essere stipulato un contratto con in Centro Erogatore che permetterà un’adeguata gestione di tutti gli aspetti relativi alla gestione e integrazione delle tecnologie utilizzate per il servizio di Telemedicina, nel rispetto degli elementi di garanzia per autorizzazione e accreditamento del Centro Erogatore all’erogazione del servizio stesso. (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Centro dei Servizi e Centro Erogatore, 2012).

1.5 Applicazioni e finalità della telemedicina

Le applicazioni possibili della telemedicina sono molteplici; facendo riferimento alle Linee di Indirizzo Nazionali Italiane, tra i principali ambiti di intervento vengono riportati i seguenti:

- Gestione delle patologie rilevanti: a livello nazionale e internazionale abbiamo molti esempi di utilizzo della telemedicina nella gestione della patologia medica e chirurgica, pediatrica, psichiatrica, cardiovascolare, nelle acuzie e nelle cronicità, fino alla riabilitazione. Prendendo a riferimento alcuni studi condotti a riguardo, nel 2024 uno studio randomizzato controllato condotto su più di 2000 pazienti psichiatrici ha evidenziato come la proposta di 5 differenti DMHIs (Digital mental health interventions) abbia consentito una diminuzione significativa dell'ansia e della depressione, garantendo un supporto importante anche durante il periodo di attesa alla presa in carico psicologica diretta (Horwitz AG, Mills ED et al. 2024). Un altro recente studio ha proposto un servizio di Tele-riabilitazione a pazienti con diabete di tipo II, insufficienza cardiaca e frazione di eiezione preservata ha dimostrato come tale modalità di erogazione non infici sull'efficacia del trattamento, che risulta essere non inferiore alla riabilitazione fisica face-to-face. Inoltre, l'adesione al programma di Tele-riabilitazione ha dimostrato l'accettabilità della stessa, rivelandosi dunque una possibile alternativa alla riabilitazione classica (Yuan M, Xu H et al. 2024)

L'utilizzo delle Telemedicina in tali settori permette di minimizzare gli spostamenti che debbono essere effettuati dai pazienti (spesso anziani, fragili, cronici) per raggiungere le strutture di riferimento. Anche l'utilizzo della Telemedicina come strumento di ampia diffusione dell'informazione è di sostanziale importanza per individuare i possibili pazienti ed indirizzarli all'assistenza specialistica necessaria, ad esempio nel campo delle Malattie rare. In riferimento a questo, è stato realizzato un progetto pilota caso-controllo in Italia al fine di valutare l'efficacia e la soddisfazione della telegenetica per pazienti adulti con rare patologie genetiche cardiovascolari e cardiache, rispetto alla consulenza genetica face-to-face. Tale approccio innovativo favorisce e facilita l'assistenza multidisciplinare, garantisce follow-up periodici e consente di

mantenere un'assistenza erogata da esperti, soddisfacendo le esigenze dei pazienti (Farnè M, Fortunato F et al. 2023)

- Garanzia di continuità assistenziale e creazione di una rete ospedaliera e territoriale: la gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative al fine di garantire una modalità operativa a rete, con integrazione dei vari componenti (istituzionali e non) deputati alla presa in carico delle cronicità. A tal proposito, uno studio osservazionale condotto su pazienti con patologie respiratorie croniche ha evidenziato come il telemonitoraggio da remoto sia uno strumento dalle grandi potenzialità nel supportare coloro che sono affetti da fibrosi cistica e gli operatori sanitari che si occupano della loro assistenza, e dovrebbe essere integrato all'interno dei tradizionali modelli di assistenza locale (Oppelaar MC, Emond Y et al. 2024)
- Supporto agli interventi di assistenza in Emergenza-Urgenza: l'utilizzo della telemedicina in questo contesto può rendere disponibili in maniera rapida informazioni cliniche utili al miglioramento della gestione dei pazienti critici
- Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini: Il rilevante impatto economico ed organizzativo delle iniziative di sviluppo del settore della diagnostica di laboratorio (incluse le tecniche diagnostiche avanzate) e della diagnostica per immagini ha reso indispensabile attivare iniziative finalizzate, tra l'altro, ad assicurare l'interoperabilità dei sistemi ospedalieri e delle ASL (intra e inter-regionali), con particolare riferimento al Teleconsulto (second opinion). (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Definizione e classificazione dei servizi di Telemedicina, 2012)

Facendo riferimento invece alle possibili finalità sanitarie della Telemedicina, si riportano le principali individuate all'interno delle Linee di Indirizzo Nazionali:

1. Prevenzione secondaria: tale tipologia di servizio è dedicato a coloro che sono a rischio o affette da specifiche patologie (diabete, patologie cardiovascolari), le quali vengono sottoposte ad un continuo monitoraggio di alcuni parametri vitali al fine di evitare l'insorgenza di complicanze. Ad esempio di ciò, uno studio interventistico condotto su 84 pazienti diabetici ha evidenziato come la proposta di un intervento di teleassistenza volto all'educazione riguardo la

gestione della patologia, abbia portato ad una riduzione dei livelli di glucosio nel sangue a digiuno (FBG) nei reclutati, migliorando quindi la capacità di autocura e autogestione della patologia cronica (Sjattar EL, Mahaling CSS et al. 2024)

2. Diagnosi: seppur sia complicato eseguire un intero iter diagnostico mediante solo utilizzo di strumenti di Telemedicina, essa costituisce un completamento utile al processo di diagnosi e poi di cura, ad esempio dando la possibilità al paziente di usufruire di esami diagnostici refertati dallo specialista in sedi più facilmente raggiungibili o addirittura a domicilio.
3. Cura: si tratta di servizi che vengono messi in campo per quei pazienti già inquadrati da un punto di vista diagnostico, con il fine di operare specifiche scelte terapeutiche e valutare l'andamento prognostico.
4. Riabilitazione: Servizi erogati presso il domicilio o strutture assistenziali a pazienti che necessitano di riabilitazione (bambini, cronici, fragili, anziani). La Teleriabilitazione può essere proposta in modalità sincrona (con interazione tra operatore e utente nello stesso tempo e possibilità di feedback diretto), asincrona (attraverso invio da parte dell'operatore di materiali con attività da svolgere in autonomia, richiedendo poi successivamente una restituzione al paziente relativa agli esercizi svolti) o mista (combinando all'intervento in modalità sincrona alcune attività di rinforzo che il paziente dovrà svolgere in autonomia in modalità asincrona). Le varie possibilità di erogazione risultano essere un ulteriore strumento per adattare al meglio l'intervento terapeutico alle necessità, bisogni e peculiarità del paziente. (Linee di Indirizzo Teleriabilitazione, 2021)
5. Monitoraggio: consiste nella gestione dei parametri vitali del paziente in un arco temporale. Si basa su uno scambio di dati che avviene tra il paziente (in autonomia o meno) e postazioni di monitoraggio apposite che si occupano dell'interpretazione dei dati. (Linee di indirizzo nazionali Telemedicina, Definizione e classificazione dei servizi di Telemedicina, 2012)

1.6 Opportunità offerte dalla telemedicina

Sulla base di quanto precedentemente illustrato, la Telemedicina permette dunque non solo di creare nuove opportunità migliorando il servizio sanitario e garantendo una maggiore collaborazione tra i professionisti, ma anche di trovare risposte a nuove esigenze della popolazione. Tra le motivazioni che giustificano quindi l'investimento di risorse al fine di garantire lo sviluppo della Telemedicina, le principali vengono qui di seguito riportate:

- **Equità di accesso all'assistenza sanitaria:** la disponibilità assistenziale non è equiparabile su tutto il territorio; coloro che vivono in aree remote, isole, o aree rurali scarsamente collegate possono avere difficoltà nel raggiungere i centri assistenziali di riferimento, spesso collocati in città. Anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria in carcere, la Telemedicina potrebbe rivelarsi uno strumento utile ad evitare costi aggiuntivi, disagi, difficoltà legate ai trasferimenti e lunghezze dei tempi di attesa per ottenere accertamenti diagnostici o visite specialistiche. Interessante a tal proposito uno studio condotto su 283 soggetti detenuti affetti da HIV, sottoposti ad un intervento di telemedicina volto alla prevenzione e al trattamento delle complicanze legate alla patologia. I tassi di soppressione virale tra i partecipanti sono stati eccellenti, ed è stato inoltre possibile rilevare come 56 pazienti (20%) avessero sviluppato epatite C cronica, sottoponendoli di conseguenza a tale diagnosi a ulteriori trattamenti necessari (Dunn RC, Stegall CJ et al. 2024).
- **Garanzia di continuità assistenziale e migliore qualità dell'assistenza:** Si tratta della motivazione principale alla quale è legato l'itero concetto di Telemedicina, che mira a garantire un collegamento medico/paziente evitando spostamenti di sede dell'uno o dell'altro. In particolare, la Telemedicina può essere ampiamente applicata e strumento di grande importanza nella gestione delle patologie croniche, migliorando attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio costante la qualità di vita dei pazienti riducendo il rischio di ospedalizzazioni e/o insorgenza di complicanze, come evidenziato anche da una revisione sistematica e metanalisi pubblicata nel 2021. (Guido M, Laura K et al. 2021)

- Migliore efficacia, efficienza e appropriatezza: i sistemi sanitari devono affrontare numerose nuove sfide, tra cui aumento delle malattie croniche legato all'invecchiamento della popolazione. Al fine di ottimizzare le risorse a disposizione, per la gestione di tali nuovi bisogni l'information and communication technology può essere un aiuto sostanziale. La Telemedicina è una modalità organizzativa innovativa le cui caratteristiche permettono di garantire una continua comunicazione tra pazienti e professionisti del sistema sanitario. Questo si traduce in una riduzione di rischi legati alle complicanze, delle ospedalizzazioni, dei tempi di attesa, e di conseguenza in un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili. L'utilizzo di strumenti di Telemedicina, a titolo esemplificativo, può anche incrementare la compliance all'assunzione di terapie farmacologiche; sono infatti disponibili anche dispositivi e sistemi per accompagnare il paziente nel processo terapeutico e migliorare i risultati della terapia, minimizzando gli eventi avversi.
- Contributo all'economia: il settore delle tecnologie applicate alla medicina è in costante espansione, uno degli ambiti a maggior tasso di innovazione. L'importanza economica della Telemedicina si esplica non solo in un potenziale contenimento della spesa sanitaria in sé, ma anche in un contributo significativo all'economia.
- Contenimento della spesa sanitaria: la Telemedicina può essere considerata come un settore specialistico della Sanità Digitale. Essa, in senso più ampio, comprende l'utilizzo dell'ICT a supporto dei processi operativi che riguardano il settore sanitario, di cui un esempio è l'introduzione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Uno dei potenziali vantaggi di questi innovativi sistemi organizzativi risulta la possibilità di razionalizzare i processi socio-sanitari, e di conseguenza il contenimento della spesa sanitaria e la riduzione del costo sociale delle patologie. Se tali servizi vengono correttamente utilizzati, essi possono contribuire ad una vera innovazione del sistema sanitario e ad un cambiamento dei modelli di business che lo riguardano. La Telemedicina inoltre è un supporto interessante anche alla dimissione protetta ospedaliera, permette di ridurre le ospedalizzazioni dei malati cronici e i ricoveri in case di cura e di riposo di anziani fragili, riducendo anche la necessità di spostamento dei pazienti in cerca di assistenza. (Linee di

indirizzo nazionali Telemedicina, Definizione e classificazione dei servizi di Telemedicina, 2012)

1.7 Comunicazione in tema di tutela e promozione della salute: il ruolo dell' e-health

Quando si fa riferimento ai servizi di Telemedicina e alle opportunità da essi offerti, è necessario considerare anche il più ampio contesto all'interno del quale essi si inseriscono e che ne ha favorito lo sviluppo, introducendo quindi il concetto di e-health. Con tale termine si delinea l'applicazione delle Information and Communication Technology alla sanità, ed in particolare tutto ciò che possa essere legato alle tecnologie informatiche e di telecomunicazione ed alla medicina. Più formalmente, l'e-health viene definito da Eng (2001) "the use of emerging information and communication interactive technology, especially the Internet, to improve or enable health and health care". Secondo la definizione della Commissione Europea (2004), l'e-health "comprende tutte le applicazioni dell'ICT nella vasta gamma di funzioni proprie di un sistema sanitario" e che riguardano medici, manager ospedalieri, infermieri, specialisti di gestione dei dati, amministratori della previdenza sociale e, naturalmente, i pazienti attraverso la prevenzione delle malattie o una migliore gestione delle stesse (ICT, Ministero dello Sviluppo Economico, 2012). Sottolineando in particolare quest'ultimo punto, i vantaggi sulla vita dei cittadini dati dall'applicazione di sistemi di e-health sono estremamente evidenti in particolare per quanto riguarda le possibilità che essi offrono per consentire la diffusione delle informazioni. Sia come pazienti bisognosi di cure che come soggetti sani, gli individui beneficiano continuamente di informazioni in campo medico-sanitario, in merito alla prevenzione ed individuazione precoce di patologie, ai corretti stili di vita ed alimentazione, all'utilizzo di farmaci, e così via. La comunicazione sanitaria, al di là dei mezzi con la quale essa viene promossa, è strumento fondamentale e determinante per garantire la promozione della salute dei cittadini, rendendoli in grado di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla (Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986). Essa consiste appunto nel far circolare, all'interno della comunità, informazioni sui problemi di salute socialmente rilevanti al fine di attivare flussi di comunicazione tra i cittadini, le istituzioni pubbliche e il sistema dei media, con l'obiettivo di informare, influenzare e motivare gli individui, le istituzioni e la società nel

suo complesso su temi relativi alla salute. Si tratta di un'attività estremamente complessa e ben differente rispetto al passato, quando non esistevano ancora mezzi di comunicazione di massa e le informazioni erano a disposizione di una popolazione poco istruita (ISS, 2018). Per comprenderne l'importanza, significativa è l'osservazione degli effetti deleteri di una non adeguata comunicazione sanitaria: ad esempio, una revisione sistematica e metanalisi condotta nel 2021 ha evidenziato come un'inadeguata alfabetizzazione sanitaria si associ ad un aumento del rischio di morte ed ospedalizzazione di pazienti con insufficienza cardiaca (Fabbri et al. 2021). Al contrario dunque, il poter usufruire di fonti informative valide e del confronto con professionisti sanitari, anche attraverso il supporto dei *mass-media*, si traduce in una migliore e più rapida risposta ai bisogni della popolazione stessa, soprattutto quando specifici ed urgenti, come nel caso di pazienti oncologici (E B Arkin et al. 1993).

È necessario delineare quindi abilità comunicative precise che gli operatori sanitari debbano adottare, e soprattutto che la comunicazione sanitaria sia considerata pilastro fondamentale per la pratica professionale e per garantire l'erogazione di un'assistenza efficace, appropriata, sicura ed efficiente, influenzando positivamente gli esiti del percorso di cura. Allo stesso modo, individuare quali possano essere i mezzi più facilmente fruibili alla popolazione per garantire la migliore diffusione di informazioni sanitarie è essenziale (Ministero della Salute, 2015).

Uno studio condotto dal Ministero della Salute e l'Università La Sapienza (2010) ha evidenziato come internet sia il primo mezzo che un'elevata percentuale di popolazione (in particolare giovane e con un elevato titolo di studio) consulta al fine di trovare risposte relative a problematiche di salute (Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute, Ministero della Salute e Università la Sapienza, 2010). Infatti, il progresso delle tecnologie e lo sviluppo progressivo di esse hanno reso possibile l'implementazione dei canali web in grado di fornire ai cittadini informazioni di carattere sanitario, permettendo di accedere a strumenti di alta qualità, coinvolgendo il più possibile i cittadini ed i pazienti e rendendoli più responsabili rispetto alla condizione di salute propria e dei propri cari, consapevoli rispetto alle patologie, ai possibili trattamenti sanitari, e soprattutto alle modalità di prevenzione. Infatti l'obiettivo primario del sito di un ente sanitario dovrebbe appunto essere quello di fornire una piattaforma telematica in grado di incontrare in maniera efficace le esigenze informative, le aspettative e le priorità

dei cittadini-pazienti e di favorire in loro lo sviluppo dell'apprendimento di comportamenti di promozione della salute e prevenzione delle patologie, contribuendo anche ad un più opportuno accesso ai servizi sanitari (Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute, Ministero della Salute e Università la Sapienza, 2010). L'e health è sicuramente un mezzo essenziale per ridurre la cosiddetta "asimmetria informativa" che solitamente caratterizza il rapporto medico-paziente, e supporta il *patient empowerment*, ossia "quel processo [...] per cui il paziente viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute, nell'ambito di un processo in cui il professionista sanitario può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità" (Buccoliero 2010: 4). Per garantire un aumento dell'alfabetizzazione informatica in tema di salute (health literacy) della popolazione, è fondamentale supportare una semplicità del linguaggio utilizzato, arricchito tuttavia da terminologia medica specifica. Inoltre, l'utilizzo di metodi di comunicazione sonora ed audiovisiva, e non solo documenti di testo, semplifica l'erogazione di informazioni ancora più comprensibili, e ciò non va dunque trascurato (Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute, Ministero della Salute e Università la Sapienza, 2010). In conclusione, come già più volte sottolineato relativamente ai servizi di Telemedicina, l'e-health limita gli spostamenti del cittadino sul territorio, riduce i costi per le pubbliche amministrazioni, semplifica l'accesso ai dati dei pazienti, facilita la cura delle patologie, la diffusione di informazioni sanitarie di alta qualità e la continuità assistenziale (ICT, Ministero dello Sviluppo Economico, 2012).

Capitolo 2: Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN)

2.1 L'importanza dei primi 1000 giorni di vita e di una genitorialità consapevole

Negli ultimi decenni in tutti i Paesi Occidentali, e in particolare nel nostro, si è assistito a drastici cambiamenti demografici ed epidemiologici, caratterizzati da un drammatico incremento di patologie complesse, croniche e non trasmissibili che stanno determinando un significativo impatto sugli assetti organizzativi, sulle modalità di erogazione delle cure e sulla sostenibilità dei servizi socio-sanitari (Ministero della Salute, 2021). Di fondamentale importanza risulta quindi programmare e attuare strategie efficaci di prevenzione primaria, diagnostica precoce e terapia di queste condizioni, andando a comprendere appieno teli patologici e le teorie alla base: il concetto di transizione epidemiologica (Burgio E, 2015), rivoluzione epigenetica (Crews D, 2008), Teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse (DOHad) (Ministero della Salute, 2021).

- Concetto di transizione epidemiologica del XXI secolo: nei paesi industrializzati ed in quelli in fase di crescita, si è assistito ad una significativa riduzione delle malattie a causa infettiva e parassitaria, grazie ad un crescente miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e nutrizionali, all'estensione delle vaccinazioni, e dell'antibiotico-terapia. Al contempo, si è assistito ad un ampio aumento di altre patologie, complesse, cronico-degenerative, infiammatorie e neoplastiche, non trasmissibili, dovute apparentemente a fattori e meccanismi patogenetici differenti: malattie endocrino-metaboliche (obesità e diabete), disturbi del neurosviluppo, patologie neuropsichiatriche, neurodegenerative, immunomediate e infiammatorie e neoplasie (Burgio E, 2015).
- Rivoluzione epigenetica: Attraverso il "Progetto Genoma", è stato possibile individuare all'interno del DNA umano un numero significativo di geni predisponenti (geni di suscettibilità) di alcune patologie : Alzheimer, disturbi dello spettro autistico, depressione maggiore, obesità. A determinare però l'insorgenza effettiva e il successivo decorso del fenotipo patologico ci sarebbero una serie di fattori esogeni (ambientali), quali alimentazione, stili di vita, esposizione a fattori inquinanti e farmaci, che da soli non vanno tendenzialmente a interferire sulla sequenza-base del DNA producendo mutazioni patogenetiche, ma sono in grado

di modificare il software molecolare (epigenoma) influenzandone il funzionamento. Nelle primissime fasi di vita (periodo embrio-fetale e prima infanzia) le cellule sono dotate di un epigenoma estremamente plastico, che quindi risulta in grado di modificare se stesso programmando il futuro sviluppo dell'organismo sulla base delle caratteristiche di ogni specifico ambiente (Crews D, 2008).

- Teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse (DOHAD): alcuni studi fondamentali hanno evidenziato quali siano i principali fattori ambientali e meccanismi molecolari determinanti non solo lo sviluppo fisiologico, ma anche le possibili alterazioni di questo, aprendo la strada alle malattie metaboliche, tumorali e psico-neuro-immuno-endocrine. Gli *input* provenienti dall'ambiente esterno (in grado di interferire sui processi di programmazione epigenetica messi in campo dal feto, detti *fetal programming*, e dal bambino stesso per adattarsi all'ambiente), in combinazione ad un *mismatch* programmatico (legato a cambiamenti estremi e drastici dell'ambiente post-natale rispetto a quanto previsto dal feto-embrione, provocherebbero le attuali "epidemie" di obesità, disturbi del neurosviluppo e altre patologie precedentemente menzionate (Gluckman PD, 2004).

Il concetto di "primi 1000 giorni di vita", ovvero il tempo che intercorre tra concepimento e compimento del secondo anno di vita postnatale, deriva quindi da tali teorie (Heritage M et al. 2011). Ormai è dimostrato come gli stimoli e le informazioni che giungono al feto, attraverso la madre, e poi al lattante e al bambino in tale arco temporale di massima plasticità determinano nell'immediato il corretto sviluppo di tessuti e organi, in particolare il cervello (Berg A. 2016), nel medio-lungo termine lo stato di salute dell'individuo e delle generazioni future. La distribuzione disomogenea nella popolazione dei differenti fattori di rischio e protezione, che vede individui, famiglie e sottogruppi di popolazione portatori di:

- Diversi livelli di suscettibilità individuale alle malattie
- Diverse condizioni di fragilità (lutti, separazioni, malattie, perdite di lavoro...) transitorie o meno, ma che possono diminuire la resistenza rispetto ai rischi o ad eventi avversi e incidere su finestre temporali e cruciali per lo sviluppo.

- Diversi livelli di vulnerabilità legati allo status socio-economico e culturale, ma anche alle caratteristiche del territorio di vita e della qualità e quantità di servizi che esso offre (Ministero della Salute, 2021).

Suscettibilità, vulnerabilità e fragilità sono condizioni fortemente interagenti tra loro, amplificando o attenuando reciprocamente i propri effetti. È chiaro ad esempio, come una eventuale condizione patologica di cui il bambino possa essere affetto in correlazione ad una suscettibilità individuale, troverà risposta più o meno adeguata a seconda del livello di vulnerabilità, legato alla effettiva disponibilità di servizi adeguati nel suo territorio di vita, allo status socio-economico dei genitori e al loro livello di conoscenza, ma anche alla loro capacità di gestione se quest'ultimi vengono resi più fragili da particolari condizioni transitorie o permanenti (Speri L et al. 2016)

Sono elementi altamente interconnessi, che sono destinati a definire per i bambini nell'immediato e per gli adulti del futuro itinerari di sviluppo e salute inevitabilmente diseguali, con effetti trasversali su una vasta gamma di aree tematiche (Ministero della Salute, 2021). Di conseguenza, solo la conoscenza più diffusa e condivisa dei fattori ambientali, nel senso più ampio del termine, che possono interferire (negativamente o positivamente) sullo sviluppo fetale ed infantile, può invertire il trend di crescita delle malattie croniche, tumorali e dei disturbi del neurosviluppo. È fondamentale quindi la formazione e informazione capillare non solo di medici e operatori sanitari, ma anche e soprattutto dei cittadini, in particolare i genitori, i caregivers e gli insegnanti, diffondendo, anche attraverso i media, una cultura permeata dai concetti di prevenzione primaria, riduzione dell'esposizione materno-fetale e dell'esposizione adolescenziale per il possibile impatto sui gameti con conseguenze relative sulle future generazioni (Ministero della Salute, 2021). Essenziale inoltre è la diffusione di informazioni relative allo sviluppo normo-tipico del bambino, considerando l'impatto negativo che possono avere gli eventuali disturbi del neurosviluppo, come precedentemente sottolineato sempre più diffusi, e che può essere ridotto identificando precocemente i bambini a rischio e mettendo in atto una serie di azioni preventive. Ciò garantisce una migliore qualità di vita, una riduzione dei costi dell'intervento socio-sanitario e possibilità di attuare politiche pubbliche adeguate (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

2.2 Definizione e opportunità dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN)

Diventare genitori è un cambiamento di vita sostanziale e può essere estremamente complesso da affrontare (Barimani et al., 2017, Deave et al., 2008). Subito dopo il parto, i genitori riportano modifiche emotive e fisiche (Fahey and Shenassa, 2013). In particolare, vengono evidenziati dolore perineale, problematiche al seno, incontinenza urinaria, costipazione e dolore alla schiena (Webb et al., 2008, Yelland et al., 2009). Altri studiosi riportano cambiamenti emotivi, tra i quali affaticamento (Taylor and Johnson, 2010, Taylor and Johnson, 2013), ansia (Taylor and Johnson, 2013) e depressione (Dennis and Dowswell, 2013, Schmied et al., 2013). I genitori riportano spesso anche mancanza di sonno (Kurth et al., 2011) e cambiamenti delle dinamiche relazionali (Deave et al., 2008, Fagerskiold, 2008, Piquart and Teubert, 2010, Premberg et al., 2008). La proposta di corsi che trattino approfonditamente non solo le tematiche relative alla preparazione al parto e al post-parto, ma anche le eventuali problematiche che il bambino potrebbe presentare e come affrontarle permettono inoltre una migliore gestione dell'ansia da parte dei genitori (Barimani M et al. 2018). Ricerche ulteriori hanno evidenziato come tali corsi aiutino le donne a prepararsi al parto (Fabian et al., 2005), rendano i genitori più consapevoli e sicuri del loro ruolo (Barimani et al., 2017, Berlin et al., 2016). Inoltre, viene riportato come i partners delle donne partorienti siano spesso interessati a partecipare attivamente agli incontri formativi (Asenhed et al., 2014, Deave and Johnson, 2008, Entsieh and Hallstrom, 2016, Vikstrom and Barimani, 2016). I primi corsi di preparazione al parto risalgono a circa 70 anni fa e dall'iniziale proposta di Read ad alcuni anni fa, sono stati caratterizzati da rigidi e limitati schemi, con il fine di insegnare tecniche di rilassamento e/o respirazione per aiutare le donne a sopportare al meglio i dolori del travaglio. Nel corso degli anni, la struttura di tali corsi è divenuta progressivamente più flessibile ed allargata: non ci si limita infatti più al semplice insegnamento di metodiche psico-fisiche ostetriche (estremamente varie), ma anche di garantire da parte delle figure genitoriali una progressiva acquisizione delle informazioni essenziali per gestire direttamente l'evento nascita, senza tralasciare indicazioni pratiche relative alle strutture a disposizione su tutto il territorio ed ai servizi da esse offerti. Inoltre, l'interesse inizialmente centrato sul momento del travaglio si è maggiormente esteso (alla luce anche di quanto precedentemente descritto): essenziale infatti è garantire un'adeguata

informazione relativa alla gestione dell'intera gravidanza (abitudini di vita, alimentazione, cure personali...), del parto e del post-partum (prime cure al neonato, contraccezione, problematiche del puerperio, modifiche delle dinamiche relazionali all'interno della coppia...). Per questo motivo non si parla più di psicoprofilassi, ma di corsi di preparazione e accompagnamento alla nascita (CAN), sottolineando l'aspetto di promozione attiva della salute materna e neonatale (Agenzia Sanitaria Regionale Marche (ARS), P.O.M.I, 2023). Un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità al fine di valutare gli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato, ha evidenziato come la partecipazione ai suddetti corsi (specialmente in consultorio), abbia ridotto il rischio di taglio cesareo, di mancato allattamento al seno durante il ricovero e di mancata informazione sulla contraccezione in puerperio. Al contrario, il rischio di insoddisfazione aumenta durante il parto per tutte quelle donne che non hanno potuto utilizzare le tecniche apprese. È stato evidenziato come le partecipanti provenissero soprattutto dal Nord Italia, avessero istruzione medio-alta e stessero affrontando la prima gravidanza (Istituto Superiore di Sanità, 2000). L'aumento della consapevolezza e delle conoscenze delle donne, come ampiamente evidenziato dalle indagini nazionali, è essenziale anche per garantire una pratica ostetrica meno invasiva: infatti l'incremento della percentuale di parti spontanei deve e può scaturire da una serie di atteggiamenti e comportamenti adottabili dalla futura madre fin dalla gravidanza (Agenzia Sanitaria Regionale Marche (ARS), P.O.M.I, 2023). Uno strumento sicuramente efficace a tal fine è costituito dalla preparazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, che vanno quindi incentivati. Tuttavia, è necessario anche considerare le esigenze della popolazione femminile al momento dell'organizzazione degli stessi, al fine di garantire una maggiore affluenza e partecipazione, considerando anche le inevitabili differenze territoriali. All'interno della Regione Marche, le donne che affluiscono generalmente maggiormente a questo tipo di corsi sono le più istruite, con occupazione extradomestica e età più avanzata, quindi una categoria di partoriente già molto selezionata e orientata di partenza verso la demedicalizzazione della gravidanza, il parto naturale e l'allattamento al seno. Praticamente nulla risulta invece la presenza di donne straniere, seppur la loro partecipazione potrebbe sia garantire una migliore e più adeguata assistenza a se stesse, sia di offrire alle donne italiane la possibilità di sperimentare percorsi differenti legati alla loro cultura, garantendo un prezioso

arricchimento e un proficuo confronto (Agenzia Sanitaria Regionale Marche (ARS), P.O.M.I, 2023).

2.3 Strutturazione e proposte di Corsi di Accompagnamento alla nascita e alla crescita sul territorio nazionale

All'interno della realtà nazionale sono stati strutturati nel corso degli anni, da parte di aziende sanitarie pubbliche o private, varie tipologie di corsi di accompagnamento alla nascita e alla crescita del bambino. Di seguito, vengono illustrati alcuni esempi di tali progetti.

Corsi di Accompagnamento alla Nascita I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele

All'ospedale San Raffaele vengono organizzati dei corsi di accompagnamento alla nascita, strutturati in diversi incontri e che offre ai futuri genitori un'occasione di confronto e di scambio su:

- Esperienza dell'attesa e del parto
- Gestione del dolore durante il parto
- Allattamento
- Cura del bambino

I corsi vengono erogati in modalità online oppure in presenza con posti limitati. Al momento dell'iscrizione, è possibile accedere ad una piattaforma online, senza limiti di tempo e orario, con contenuti relativi alla gravidanza, al travaglio, al parto e al post-parto con elementi teorici, indicazioni molto concrete e pratiche, suggerimenti e link da consultare, documenti scritti, audio, foto e video. Si struttura in un ciclo di incontri con Ostetrica e Psicologa ed un incontro rivolto alla coppia. Durante gli incontri, attraverso condivisioni, contenuti teorici e lavori corporei si affrontano le tematiche relative alla gravidanza, travaglio, parto, allattamento e post-partum, creando occasioni anche per condividere le proprie riflessioni e dubbi. In aggiunta, una volta al mese viene organizzato un incontro online sul tema dell'allattamento, rivolto a tutte le donne in gravidanza, ai partner e ai nonni (I.R.C.C.S Ospedale San Raffaele, 2024).

Sportello: “è nato e cresce”

Si tratta di un servizio gratuito attivato nella realtà del Delta Ferrarese dall' Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL), dedicato al sostegno dei genitori con bambini dagli 0 ai 3 anni, con il fine di dare informazioni su tutte le risorse esistenti sul territorio a partire dai servizi sociali, educativi, ricreativi, sanitari, con un'ostetrica sempre a disposizione. Le iniziative proposte sono molteplici, ed offrono molte occasioni di incontri, colloqui, e sono fonte di importanti informazioni. È possibile visionare le attività a disposizione su un calendario aggiornato mensilmente: vengono proposte consulenze in video-chiamata o in presenza con esperti, percorsi formativi per genitori, letture e incontri all'aria aperta, situazioni nelle quali è possibile confrontarsi relativamente alla crescita, allo sviluppo e alle tappe evolutive dei bambini dagli 0 ai 3 anni. Sono stati inoltre realizzati dai professionisti sanitari dei brevi video dedicati ad illustrare le migliori modalità per stimolare la crescita e lo sviluppo del bambino. Tali filmati rendono lo scambio informativo estremamente fruibile per quanti più genitori possibile, e sono stati tratti dal webinar tenuto dalla UONPIA – Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia-Adolescenza del Distretto Sud Est dell'AUSL Ferrara, al quale hanno contribuito alla realizzazione diverse figure tra cui fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicologi (Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, AUSL Ferrara, 2022). I video realizzati trattano le seguenti tematiche di sostegno alla genitorialità durante il primo sviluppo del bambino:

- Come promuovere lo sviluppo motorio nel neonato?
- L'importanza dei primi sorrisi
- Le prime interazioni
- Le prime tappe del linguaggio
- Il linguaggio: come favorirne lo sviluppo?
- I primi passi: come stimolare al meglio il bambino?
- I predittori positivi del linguaggio
- Le prime crisi del bambino: come affrontarle?
- Genitori sempre più efficaci
- Sostenere l'attaccamento sicuro del bambino (Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, AUSL Ferrara, 2022)

Progetto “Sostegno alla genitorialità”

Si tratta di un progetto realizzato dall’asilo nido di Roma “Goccia dopo Goccia”, rivolto ai genitori di bambini fino a tre anni con l’obiettivo di sostenere le famiglie nelle loro funzioni educative per valorizzare l’ambiente di crescita dei propri figli, con un approccio preventivo, di potenziamento delle risorse genitoriali e familiari. Al fine di raggiungere la più vasta gamma possibile di persone, è stato realizzato un video che funge da supporto all’accompagnamento dei bambini nel percorso di crescita durante i primissimi anni di vita. Il progetto prevede inoltre la messa in campo di spazi e referenti esperti per affrontare incertezze e difficoltà, favorendo il reciproco scambio informativo e arricchimento. Tra gli obiettivi specifici rientrano:

- Realizzare incontri tematici per favorire la promozione e il potenziamento delle risorse genitoriali attraverso la condivisione delle esperienze e l’apprendimento di informazioni riguardanti la genitorialità e lo sviluppo del bambino nei primi tre anni di vita (cognitivo, affettivo e comportamentale).
- Istituire uno sportello di ascolto per offrire ai genitori la possibilità di trovare uno spazio di ascolto e consulenza sui temi che accompagnano la crescita dei bambini e sulle modalità relazionali più adeguate alle varie situazioni.
- Favorire lo sviluppo psico-emotivo dei bambini
- Realizzazione di laboratori per bambini

2.4 Il Percorso Nascita della Regione Marche (P.O.M.I)

L’Agenzia Regionale Sanitaria ha partecipato ad un’indagine campionaria promossa dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell’Istituto Superiore di Sanità “Valutazione dei servizi del percorso nascita” al fine di definire interventi appropriati, efficaci ed efficienti da integrare e sviluppare da parte della sanità pubblica. Dall’indagine effettuata sono poi scaturite indicazioni recepite nel Piano sanitario regionale 2003/2006, il quale elenca i principali obiettivi da perseguire per la costruzione del percorso nascita e le conseguenti azioni da promuovere. Gli obiettivi che ci si proponeva di perseguire entro un anno erano:

- La demedicalizzazione della gravidanza fisiologica

- L'assistenza psicologica pre e post parto delle giovani coppie
- Promozione dell'allattamento al seno
- Prevenzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Entro il 2006 l'obiettivo da raggiungere era:

- Promozione del parto naturale e diminuzione della frequenza di tagli cesarei

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, è stata prevista poi l'applicazione ed il monitoraggio del Progetto Materno Infantile, al fine di garantire la presa in carico della donna in fase di maternità a partire dal consultorio familiare, e quindi:

- Potenziamento del ruolo dei consultori e delle attività consultoriali (corsi di preparazione al parto e assistenza ostetrica nel puerperio)
- Realizzazione di programmi specifici per le donne immigrate anche mediante l'intervento di mediatrici linguistico-culturali.

All'interno del documento viene sottolineata l'importanza dell'effettiva realizzazione del progetto, ed in particolare che ci sia un'adeguata continuità assistenziale dopo la dimissione dal punto nascita, attraverso offerta di controlli ostetrici anche a domicilio, sostegno all'allattamento al seno e promozione del suo prolungamento nel tempo, protocolli di collaborazione tra tutte le figure professionali sul territorio, compresi i pediatri di libera scelta.

Nel 2002 per questo motivo la regione Marche mediante e l'Osservatorio Materno Infantile della Rete Epidemiologica Marchigiana dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha deciso di partecipare ad un'indagine campionaria promossa dall'ISS per:

- Comprendere gli effettivi bisogni di salute della popolazione marchigiana durante il percorso nascite
- Valutare quale sia la disponibilità dei servizi in risposta a tali bisogni
- Valutare come questi servizi vengano effettivamente utilizzati dalle donne
- Valutare la continuità assistenziale

Riportando alcuni dati significativi ottenuti, che hanno permesso di valutare l'effettiva domanda di salute da parte delle donne durante il percorso nascita e le caratteristiche dei

servizi offerti nella Regione Marche, per quanto riguarda il periodo della gravidanza, il momento del parto e l'allattamento:

- **Gravidanza:** è stata registrata una maggiore partecipazione a corsi di preparazione alla nascita tra le donne con età superiore ai 25 anni, alla prima gravidanza, con più alto livello di istruzione e occupate. Le fasce meno protette e più a rischio di esiti negativi teoricamente quindi sono le meno partecipative. In totale comunque solo un terzo delle donne gravide hanno preso parte ad un corso. Dato significativo risulta inoltre la partecipazione delle donne straniere: tra tutte le partecipanti ad un CAN, solo l'1,2% è costituito da donne immigrate, e viceversa soltanto il 5% delle immigrate intervistate ha partecipato ad un corso.
- **Parto:** Nel 87 % dei parti spontanei è stato possibile l'accesso di una persona scelta dalla donna in sala parto, tuttavia solo nel 55% dei casi è stato possibile il permanere del neonato accanto alla madre dopo il parto, azione fortemente raccomandata nel POMI ("attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino"). Per quanto riguarda la modalità di parto, la prevalenza del taglio cesareo, che corrisponde perfettamente a quanto rilevato dalle SDO regionali del 2001, è molto alta: più del 34%, superando di molto la soglia del 15% che su indicazione dell'OMS garantirebbe il massimo beneficio complessivo per madre e bambino (WHO, Lancet 1985). Nella regione Marche dal 1980 al 2000 si è registrato un incremento percentuale del 162,2% di frequenza del taglio cesareo. Maggiormente a rischio di partorire mediante taglio cesareo sono le donne sotto i 25 anni di età e al di sotto della 37esima settimana di gestazione, mentre la partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita offre una protezione nei confronti di tale tipologia di parto, favorendo il parto naturale. Molto importante inoltre sottolineare come l'86% delle donne intervistate, indipendentemente dal parto cui effettivamente è andata incontro, avrebbe preferito partorire spontaneamente.
- **Allattamento:** la promozione dell'allattamento al seno, intesa sia come incremento della percentuale di allattamento precoce, sia come aumento della pratica dell'allattamento oltre al 3° mese, è un obiettivo sostanziale del Progetto Obiettivo Materno Infantile. Tra le donne intervistate, il 96% ha attaccato al seno il neonato subito dopo il parto, l'82% ha iniziato subito con l'allattamento

esclusivo o dominante, tuttavia già al rientro a domicilio il 9% di queste ultime è passata al misto o artificiale. Inoltre, solo il 63% ha continuato ad allattare dopo il 3° mese. I motivi dell'interruzione o del mancato allattamento al seno dono risultati nel 79% dei casi la mancanza di latte e nell'8% la comparsa di problemi quali ragadi, mastiti etc. Le rinunce e gli abbandoni potrebbero quindi essere ridotti attraverso una più adeguata informazione durante la gravidanza, una migliore assistenza ed un maggior sostegno nel puerperio: il 30% delle donne intervistate ha dichiarato di non essere stata sostenuta da nessuno nell'allattamento una volta tornata a domicilio.

Dai dati raccolti è evinta la necessità primaria di riduzione della percentuale di parti cesarei, incrementando i parti spontanei attraverso la promozione di atteggiamenti e comportamenti adottati fin dalla gravidanza. Per garantire una pratica ostetrica meno invasiva è essenziale l'aumento della consapevolezza e delle conoscenze delle donne, come anche evidenziato da indagini nazionali (Donati S et al. 2001). La partecipazione a Corsi di Accompagnamento alla Nascita risulterebbe essere uno strumento estremamente efficace per ottenere tale obiettivo, e per questo fondamentale ne è l'organizzazione e la promozione, dotando inoltre gli operatori sanitari di strumenti quali le competenze interculturali e la possibilità di avvalersi della mediazione linguistico-culturale, al fine di raggiungere anche le donne provenienti da altri paesi e scarsamente aderenti a questo tipo di iniziative. Fondamentale inoltre è la garanzia della continuità assistenziale mediante consultori e punti nascita, dal momento dell'inizio della gravidanza al puerperio (anche e non solo mediante i corsi di preparazione alla nascita, che comunque vanno svolti ed implementati), per evitare che le donne dimesse dall'ospedale si trovino abbandonate dai servizi quando devono affrontare i problemi connessi all'allattamento ed alla ripresa dei rapporti sessuali.

2.5 Accompagnamento genitoriale alle prime fasi di crescita del bambino: la prospettiva futura dei CAN e le proposte regionali

Considerando l'estrema importanza rivestita dai primi 1000 giorni di vita del bambino nel garantirne e supportarne lo sviluppo futuro e le emerse evidenti necessità di assistenza alle donne non solo al momento del parto, ma anche successivamente ad esso, come sottolineato precedentemente, risulta fondamentale integrare strumenti che favoriscano l'accompagnamento alla crescita del bambino attraverso il ruolo fondamentale dei professionisti sanitari nel valorizzare e sensibilizzare le competenze genitoriali per ciò che riguarda lo sviluppo motorio, comunicativo-linguistico, alimentare, e non solo dei nati. Come già evidenziato, i Consulteri Familiari attraverso i Corsi di Accompagnamento alla Nascita sono strumento essenziale e da implementare, perché permettono il raggiungimento di molti nuclei familiari e fasce socioeconomiche differenti, rappresentando uno strumento operativo con forte potenzialità di orientamento della coppia genitoriale anche all'accoglienza dei nuovi nati (P. Biocca et al. 2024). La prospettiva futura dei CAN è sicuramente costituita dagli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), che devono puntare a svilupparsi non solo durante l'arco della gravidanza, ma anche successivamente al parto. Tali incontri sono purtroppo realtà ancora non largamente diffuse sul territorio nazionale; generalmente i Consulteri Familiari prevedono in media 1,5 incontri post partum (Nord Italia= 1,3, Centro Italia= 1,8, Sud e Isole= 1,4). In particolare, nel Nord e nel Centro solo il 12% dei Consulteri Familiari prevede più di un incontro. La tematica maggiormente affrontata riguarda la promozione e il sostegno all'allattamento (offerti dal 92,9% dei CF al Nord, 88,7% al Centro e 81,8% al Sud e Isole) (P. Biocca et al. 2024). Considerando tuttavia quanto gli stimoli ambientali che il bambino riceve nei primi 1000 giorni di vita possano modificare l'espressione del DNA attivandone o disattivandone alcuni geni (ISS, 2020), il possedere adeguate routines familiari ha un ruolo sostanziale, così come garantire l'informazione dei genitori riguardo a come strutturarle. Per quanto riguarda ad esempio lo sviluppo del linguaggio, la letteratura evidenzia come ad un'alta stimolazione verbale corrisponda, nei bambini, una riduzione di pruning delle sinapsi sottoutilizzate (Burrows S et al. 2012). Prendendo a riferimento la realtà regionale delle Marche, Dal Report "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni della Regione Marche- anni 2018/19" sono stati

estrapolati alcuni dati epidemiologici che sottolineano la necessità di diffondere maggiore informazione relativamente all'importanza della creazione di adeguate routines e abitudini per garantire lo sviluppo del bambino: ad esempio, è stato evidenziato come al 38,2% dei bambini tra i 6-12 mesi non era mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista genitoriale, e tale dato si associava ad un più basso livello di istruzione, minore propensione alla lettura della madre, maggior età o provenienza da un paese straniero della stessa. Inoltre, il 29,1% dei bambini sotto i 6 mesi di età e il 68% sopra l'anno di età passano tempo davanti alla tv, computer, tablet o smartphone (Regione Marche, 2018-2019). Di conseguenza a ciò, è stato realizzato una proposta di PDTA che, attraverso lo sviluppo delle sinergie professionali tra Logopedista, Terapista della Neuro-psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) e Ostetrica, permetta il supporto genitoriale allo sviluppo motorio, all'allattamento al seno e allo sviluppo delle funzioni orali e del linguaggio anche mediante la lettura precoce, e al contempo favorisca il monitoraggio di tali competenze a cadenza semestrale. Ciò avverrebbe mediante una prima partecipazione dei genitori a Corsi di Accompagnamento alla Nascita e svolgimento di incontri programmati condotti da operatori con competenze specifiche (ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sanitario). A seguito, verranno previsti ulteriori incontri con Logopedista, TNPEE e Ostetrica per approfondire le tematiche relative al corretto sviluppo alimentare, neuropsicomotorio, del linguaggio e della sensorialità. Post parto, alle coppie genitoriali verranno poi proposti Training sulla lettura ad alta voce da parte del Logopedista ed inizierà il monitoraggio semestrale mediante questionari per monitorare lo sviluppo comunicativo-linguistico ed inviare precocemente agli opportuni servizi che si occupano di effettuare valutazioni interdisciplinari dell'età evolutiva i bambini che presentino indici di rischio a 24 mesi, favorendo quindi una precoce presa in carico riabilitativa ove necessario (Biocca P et al. 2024).

Capitolo 3: Strutturazione del Progetto “Crescere Insieme” ed elaborazione del questionario di gradimento

3.1 Introduzione e background del progetto

I nuovi mezzi di comunicazione offrono significative opportunità, che devono essere utilizzate anche dai riabilitatori per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Le tecnologie innumerevoli e la facilità di accesso alle stesse hanno reso disponibili negli ultimi decenni quantità consistenti di informazioni ad un pubblico sempre più ampio, rendendo però complesso alla popolazione il processo di scrematura dei contenuti veritieri e rilevanti. I professionisti sanitari in questo possono avere un'importante ruolo, dal momento in cui attraverso mezzi selezionati diffondono informazioni Evidence Based, supportando i cittadini nel processo di riduzione dell'asimmetria informativa, come precedentemente sottolineato.

Partendo da tale presupposto e dalla richiesta dei referenti dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita dell'AST di Pesaro Urbino, considerando il contesto regionale marchigiano precedentemente descritto, si è proceduto all'ideazione e alla strutturazione del progetto “Crescere Insieme/Insieme si Cresce” da parte dei professionisti sanitari dell'Ast di Pesaro Urbino: si tratta della realizzazione di un video educativo della durata di circa 20 minuti rivolto ai caregivers per supportare e favorire lo sviluppo globale del bambino in età 0-3 anni. I primi anni di vita, come precedentemente evidenziato, sono cruciali per garantire un'adeguata crescita, sviluppo motorio, comunicativo-relazionale e sociale, e sono destinati ad avere un impatto duraturo sulla vita del bambino. I caregivers rivestono un ruolo fondamentale nella creazione attorno al bambino di un contesto che sia portatore di fattori ambientali favorevoli a tale processo; tuttavia, spesso si trovano di fronte a domande e dubbi che richiedono risposte informate da personale qualificato che possa fornire loro gli strumenti di cui necessitano. In questo, la creazione e la diffusione di un video simile può rappresentare un significativo contributo nel sostegno e accompagnamento di coloro che si occupano dei bambini in tale fase critica.

L'idea del progetto nasce all'interno del servizio delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Pesaro.

È necessario sottolineare come le evidenze scientifiche e i recenti studi pongano l'attenzione sull'importanza di fornire ai neogenitori informazioni sulle tappe di sviluppo al fine di supportare e promuovere il benessere globale del bambino modificandone l'ambiente di vita (come precedentemente illustrato), ma anche per agire in maniera preventiva nell'identificazione di eventuali disturbi del neurosviluppo. L'Istituto Superiore della Sanità riporta che in Italia i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, di cui fanno parte anche i disturbi del neurosviluppo, sono in ascesa. Questi colpiscono quasi 2 milioni di bambini e ragazzi, tra il 10 e il 20% della popolazione infantile e adolescenziale tra gli 0 e i 17 anni, con manifestazioni molto diverse tra loro per tipologia, decorso e prognosi, la maggior parte determinate da un complesso intreccio tra predisposizione genetica, vulnerabilità neurobiologica e variabili ambientali e sociali (ISS, 2022). In meno di dieci anni è raddoppiato il numero di giovani e giovanissimi seguiti dai Servizi di Neuropsichiatria, evidenziando un incremento rilevante di richieste di diagnosi e di intervento e un rapido cambiamento nella tipologia di utenti e famiglie e dei loro bisogni (ISS, 2022). Facendo riferimento ai principali disturbi del neurosviluppo, di seguito ne vengono descritti alcuni particolarmente diffusi:

- *Disturbo primario di linguaggio (DPL)*: persistente difficoltà nell'acquisizione e nell'uso di diverse modalità di linguaggio (linguaggio parlato, scritto, gestuale o di altro tipo) dovuta a deficit di comprensione e/o produzione e caratterizzata da un lessico ridotto, una limitata strutturazione delle frasi (capacità di costruire frasi basandosi su regole sintattiche e morfologiche) e una compromissione delle capacità discorsive (capacità di connettere parole e frasi per descrivere un argomento o una sequenza di eventi per sostenere una conversazione) (DSM-V 2013). Interessa il 5-7% della popolazione avente più di tre anni di età (Law et al., 2000; Wallace et al., 2015), e si associa a elevato rischio di problemi di apprendimento scolastico (Durkin et al. 2013), comportamentali e psichiatrici (Conti-Ramsden et al. 2013) e di adattamento emotivo e sociale (St Clair et al. 2011).
- *Disturbo della coordinazione motoria (DCD)*: Secondo il DSM 5, il DCD è un disordine neurobiologico complesso caratterizzato da deficit neuropsicologici in termini di immaginazione motoria, pianificazione, programmazione ed

esecuzione di un atto motorio e rientra nella categoria "disordini motori" dei disturbi del neurosviluppo (DSM-V, 2013)

- *Disturbo dello spettro autistico (ASD)*: disturbo caratterizzato da deficit persistenti della comunicazione e dell'interazione sociale associati a pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e stereotipati (DSM-V, 2013). Recenti revisioni forniscono una stima di prevalenza mediana globale pari a 62 casi su 10.000, il che significa che un bambino su 160 ha un disturbo dello spettro autistico.

Vista la diffusione di tali disturbi del neurosviluppo, l'impatto negativo sullo sviluppo del bambino può essere ridotto mediante azioni preventive messe in atto precocemente oltre che all'identificazione tempestiva dei bambini a rischio, al fine di garantire loro una migliore qualità di vita (ISS, 2023; ISS, 2022). Porre l'attenzione sullo sviluppo del bambino può permettere il riconoscimento precoce di un disturbo del neurosviluppo, ed i genitori, essendo coloro che hanno un contatto più continuativo con i propri figli, sono i primi in grado di riconoscere i segni iniziali di questo disturbo (Hirota T et al. 2020).

Il progetto realizzato considera inoltre quanto previsto dall'art.24 del DPCM LEA 2017: "Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle famiglie". È stato sottolineato infatti come nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio Sanitario nazionale debba garantire alle famiglie, alle donne e ai minori le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative mediante metodi e strumenti evidence based appropriati nei seguenti ambiti e attività:

- Educazione e consulenza per la maternità e la paternità responsabile
- Consulenze specialistiche e collaborazioni con i servizi distrettuali territoriali
- Consulenze e collaborazioni con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale (DPCM LEA 2017, art.24)

Il progetto è stato approvato dalla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino (AST-PU).

3.2 Scopo del progetto

Sviluppare argomenti inerenti allo sviluppo motorio, linguistico, visivo, comunicativo-relazionale, del feeding e del gioco, focalizzando la relativa attenzione delle principali tappe evolutive, fornendo una risorsa importante per garantire il benessere e l'ottimale sviluppo dei bambini in età 0-3 anni attraverso il supporto dei loro caregivers.

3.3 Strutturazione del progetto

Il progetto si basa su una metodologia interdisciplinare, attraverso il coinvolgimento di esperti nel campo dello sviluppo infantile e la selezione di professionisti sanitari del settore, in modo da avviare un progetto multidisciplinare che consideri in un'ottica di globalità le esigenze specifiche dei bambini. Esso si articola in un video di 20 minuti realizzato da Professionisti sanitari che hanno fornito informazioni a livello teorico e esempi pratici rispetto agli argomenti citati.

Facendo riferimento alle caratteristiche del video, esso doveva risultare:

- Informativo: fornisce informazioni basate su evidenze scientifiche
- Coinvolgente: cattura e mantiene l'attenzione attraverso strategie di comunicazione narrativa e visiva
- Pratico: offre consigli pratici che supportino i caregivers nell'adeguata gestione dei bambini nella vita quotidiana, favorendo la creazione di routines che ne favoriscano lo sviluppo
- Accessibile: può essere semplicemente visionato su dispositivi comuni e rispettare le esigenze di vari caregivers, includendo le diversità culturali e le eventuali disabilità.

La strutturazione effettiva del progetto si è articolata in 4 fasi principali (pianificazione, progettazione, realizzazione e debriefing) che hanno permesso di ottenere, da una visione iniziale, una realtà concreta e realizzata. In particolare, il processo di creazione del video riveste un ruolo essenziale.

Fase 1: Pianificazione

Ha previsto la definizione degli obiettivi e i dettagli operativi, in particolare il budget prestabilito da rispettare, il materiale e gli spazi necessari, specificando tempistiche e modalità di realizzazione. Considerando tali componenti nello specifico:

- *Budget*: sono stati considerati tutti i costi legati alla pianificazione e realizzazione del progetto. In particolare, è stata prevista una somma pari a circa 2400 euro, comprendente i costi per la stampa dei poster (500 euro massimi) e i costi per il personale (relativi alla partecipazione dello stesso ad un corso di formazione di 10 ore per un massimo di 10 partecipanti, per un totale di 1876 euro)
- *Risorse umane*: nell'ottica multidisciplinare del progetto, sono state individuate 10 figure sanitarie con differenti competenze, in modo tale da fornire informazioni relative alle aree di sviluppo del bambino. Il personale coinvolto appartiene a diversi profili dell'AST di Pesaro, e nello specifico si tratta delle seguenti figure:
 - Logopedista: area comunicativo-linguistica e del feeding
 - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: competenze grosso e fini motorie, area del gioco e comunicativo-relazionale
 - Ortottista: area percettivo-visiva e del contatto oculare
 - Fisioterapista dell'età evolutiva: area motoria e competenze posturali
 - Ostetrica del consultorio: referente per i percorsi CAN ed i percorsi nascita
- *Materiali e attrezzature*: essi includono tutti i materiali, strumenti e attrezzature necessari alla creazione dei contenuti da inserire nel video. Nello specifico: libri, documenti, linee guida, immagini, fotocamere, software di editing.
- *Spazi e ambienti*: sono state individuate aule e sale riunioni per ospitare 5 incontri da due ore ciascuno previsti, rispettivamente nelle strutture di Pesaro, Fano e Urbino. Per la registrazione dei video dei bambini (previo consenso genitoriale) è stato selezionato un setting ambulatoriale.
- *Tempi e scadenze*: sono state stabilite le date relative ai 5 incontri distribuiti nell'arco temporale di due mesi durante i quali sono stati strutturati i contenuti del video. È stato inoltre previsto il momento di analisi e valutazione, ad un anno dal momento della divulgazione del video.
- *Modalità di esecuzione*: la scelta dei metodi e delle modalità operative è cruciale e si deve stabilire come vengono svolte le diverse attività, pianificando la

comunicazione interna ed esterna e definendo i processi di realizzazione, diffusione, monitoraggio e riscontro del prodotto. Per la diffusione del video è stata prevista la stampa di poster e brochure contenenti il QR code che rimanda



Immagine 3.1: locandina realizzata per il progetto “Insieme si cresce”

in maniera diretta ad esso (*Immagine 3.1*). Essi sono stati resi disponibili ai genitori frequentanti i corsi di accompagnamento alla nascita (durante i quali il video è stato presentato dai professionisti), diffusi dalle ostetriche durante le visite post-parto, posizionati nelle sale d’attesa delle strutture di AST-PU, inviati ai pediatri di libera scelta e condivisi online nel sito aziendale e tramite social network, al fine di favorirne la più ampia diffusione possibile. Il video è stato e verrà proposto ed utilizzato dai logopedisti e TNPEE, a supporto della terapia indiretta per fornire consigli e spunti teorico-pratici relativi lo sviluppo dei bambini che accedono ai servizi in tale fascia di età. È stato inoltre reso disponibile un numero di telefono a cui i caregivers possano rivolgersi per eventuali dubbi o perplessità, contattabile dal Lunedì al Venerdì, dalle 13 alle 14.

Fase 2: Progettazione

Fase di definizione più dettagliata del progetto, concentrandosi sullo sviluppo e la messa in pratica dello stesso. Ha previsto una preliminare fase di presentazione del progetto stesso e dell'equipe, scelta degli argomenti da trattare (a seguito di un'approfondita analisi delle migliori pratiche esistenti, linee guida ufficiali e raccomandazioni scientifiche), ideazione dei contenuti (generazione di idee e materiale per poster e video e creazione del questionario di gradimento), realizzazione del materiale, termine della realizzazione e verifica dei risultati (con generazione aggiuntiva del QR-CODE). Viene inoltre programmato un ulteriore incontro di analisi dei risultati ad un anno dal momento della divulgazione del video stesso.

Fase 3: Realizzazione

È stato delineato il percorso che ha guidato l'esecuzione e la realizzazione concreta del progetto e la sua articolazione nei 5 incontri sovracitati. Nel sottocapitolo successivo è stato approfondito tale aspetto.

Fase 4: Debriefing

Si effettuerà mediante un incontro d'equipe finale al fine di riflettere e discutere sull'andamento del progetto e verificare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso indicatori e parametri di controllo precedentemente delineati, alla fine del 2024. Inoltre, si discuterà in tale sede relativamente alle possibili fasi future del progetto ed eventuali miglioramenti da attuare. Al fine di valutare gli effetti dell'implementazione di tale progetto, sono stati previsti alcuni indicatori e parametri di controllo:

- Numero di visualizzazioni del video nei social aziendali
- Numero di telefonate ricevute dagli utenti per richiedere informazioni da parte dell'utenza nell'anno 2024
- Risposte ottenute da questionario di gradimento secondo la scala Linkert messo a disposizione a seguito della visualizzazione del video

Per quanto riguarda gli esiti di outcome, è stato invece previsto:

- Riduzione del numero di accessi ai servizi dei minori 0-3, verificata mediante il calcolo della differenza tra il numero di accessi ai servizi negli anni 2024-2025 rispetto agli anni 2021-2023

3.4 Realizzazione del progetto

Il processo di realizzazione del progetto ha inizio mediante un'approfondita analisi delle migliori pratiche esistenti, linee guida ufficiali e raccomandazioni scientifiche. È stato quindi stilato un piano dettagliato dei contenuti del video, andando ad identificare i principali argomenti e le strategie di comunicazione. In seguito ha avuto inizio la fase di concreta realizzazione del video, includendo elementi visivi, audio e narrazione, tenendo conto di garantire massima accessibilità: il fine ultimo infatti era quello di raggiungere la più vasta gamma di caregivers possibili, con l'obiettivo di fornire una risorsa importante per supportare il benessere e lo sviluppo ottimale dei bambini in età 0-3 anni attraverso l'istruzione dei loro genitori.

Di seguito vengono cronologicamente riportate le attività svolte durante i 5 incontri precedentemente menzionati:

1. Incontro 1: è stato presentato il progetto dalla Dirigente delle professioni sanitarie della riabilitazione in collaborazione con la referente della formazione, descrivendo il materiale da realizzare e le tempistiche da rispettare.
2. Incontro 2: viene effettuata una revisione della letteratura disponibile sulla base della quale selezionare i principali argomenti da trattare. Si definisce che la fascia di attenzione sarà quella 0-3 anni, e viene stabilito anche il titolo da inserire all'interno del poster: "CRESCIAMO INSIEME!"
3. Incontro 3: i singoli professionisti stabiliscono i contenuti da esporre all'interno del video, e vengono inoltre selezionati video di bambini da inserire per mostrare ai caregivers le corrette modalità di svolgimento di alcune attività. Sulla base dei parametri di controllo predefiniti, si struttura in aggiunta il questionario di gradimento compilabile seguito presa visione del video.
4. Incontro 4: sono stati uniti i contenuti realizzati dai professionisti e integrati tra loro creando un continuum che considerasse tutti i vari aspetti relativi allo sviluppo del bambino. È stato realizzato inoltre un poster nel quale inserire il codice QR-CODE del video.

5. Incontro 5: termine della registrazione dei contenuti, creazione del QR-CODE e inserimento dello stesso nel poster. Fondamentale il contributo del team informatico, che ha infine analizzato e perfezionato il materiale realizzato.

3.5 Elaborazione e diffusione del questionario di gradimento

Durante il terzo incontro è stato strutturato un questionario di gradimento anonimo su scala Linkert messo a disposizione dei caregivers dopo la visualizzazione del video. In particolare, esso viene inserito al termine del video mediante un link ed ha lo scopo di valutare la percezione dei genitori rispetto allo stesso. Esso si articola in 7 quesiti, dei quali 6 di compilazione obbligatoria per consentire l'invio del questionario. I voti vengono espressi da 1 a 5, dove 5 indica il massimo grado di gradimento.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO:

1. Hai trovato interessante il video?

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

2. Il video ti ha aiutato a conoscere meglio il tuo bambino?

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

3. Il linguaggio utilizzato è chiaro e comprensibile?

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

4. Parteciperesti a incontri di approfondimento in presenza?

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

5. Consigliaresti questo video ad altre persone?

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

6. Come sei venuto a conoscenza del video?

- Ho trovato il QR-CODE nei locali dell’Azienda Sanitaria (es. sala d’attesa)
- Tramite personale sanitario
- Tramite social network aziendali
- Mi è stato consigliato

Eventuali suggerimenti: (es. ulteriori temi o approfondimenti)

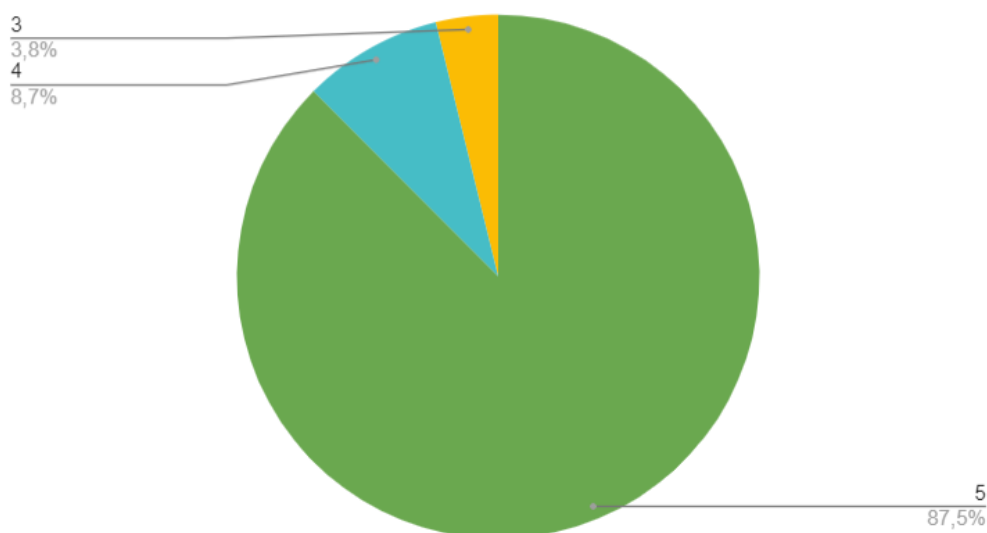
Capitolo 4: Raccolta ed elaborazione dei dati relativi al questionario di gradimento

Come già precedentemente riportato, a circa un anno dalla diffusione del video è stato programmato un incontro coinvolgente l'equipe di Professionisti Sanitari che ha preso parte alla strutturazione e realizzazione del progetto al fine di monitorarne l'andamento e valutare tramite gli indicatori e i parametri di controllo prefissati il raggiungimento degli obiettivi definiti. Dal 26 febbraio 2024 (data di diffusione) al 4 settembre 2024 il video ha registrato 1471 visualizzazioni, ed è stato compilato un totale di 105 questionari. Di seguito vengono riportati i risultati preliminari relativi alla compilazione del Questionario di Gradimento a circa sei mesi dalla diffusione. Per permetterne una più facile interpretazione, verranno riportate le risposte relative alle differenti domande proposte mediante l'utilizzo di diagrammi a torta.

RISPOSTE RELATIVE AI QUESITI DEL QUESTIONARIO DI GRADIMENTO:

1. Hai trovato interessante il video?

Hai trovato interessante il video? (conteggio delle risposte)

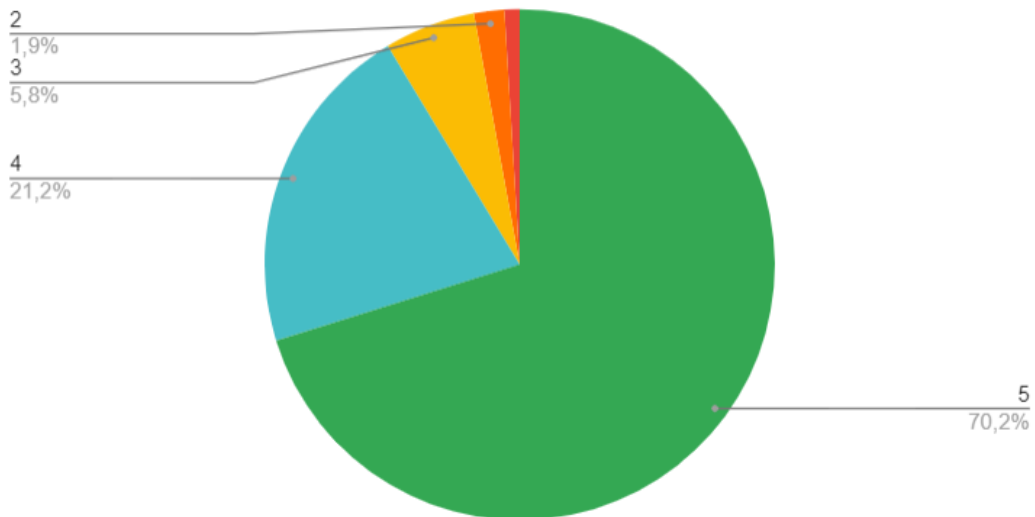


L'87% degli utenti che ha compilato il questionario giudica il video come "Molto interessante", assegnando un punteggio di 5, l'8,7% ha assegnato punteggio di 4 e il 3,8% ha assegnato punteggio medio di 3. Nessun utente ha assegnato punteggio di 1 o 2. È

possibile dunque affermare che l'ampia maggioranza di coloro che hanno visionato il video e compilato il relativo questionario abbia trovato di suo interesse i contenuti proposti.

2. Il video ti ha aiutato a conoscere meglio il tuo bambino?

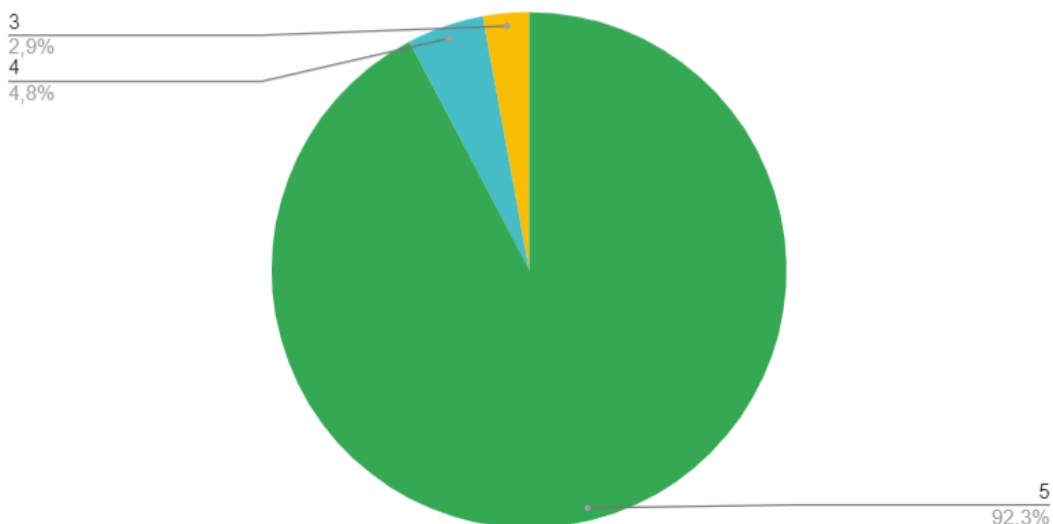
Il video ti ha aiutato a conoscere meglio il tuo bambino?
(conteggio risposte)



Il 70,2% degli utenti che ha compilato il questionario ha riportato come il video sia stato molto utile nell'aiutarli a conoscere meglio il proprio bambino, assegnando un punteggio di 5. Il 21,2%, 5,8% e 1,9% degli utenti ha assegnato un punteggio rispettivamente pari a 4, 3 e 2 punti. Solamente un utente ha assegnato punteggio pari ad 1. Anche in questo caso dunque la maggioranza delle risposte ottenute segnalano l'utilità percepita da parte degli utenti dei contenuti proposti al fine prestabilito.

3. Il linguaggio utilizzato è stato chiaro e comprensibile?

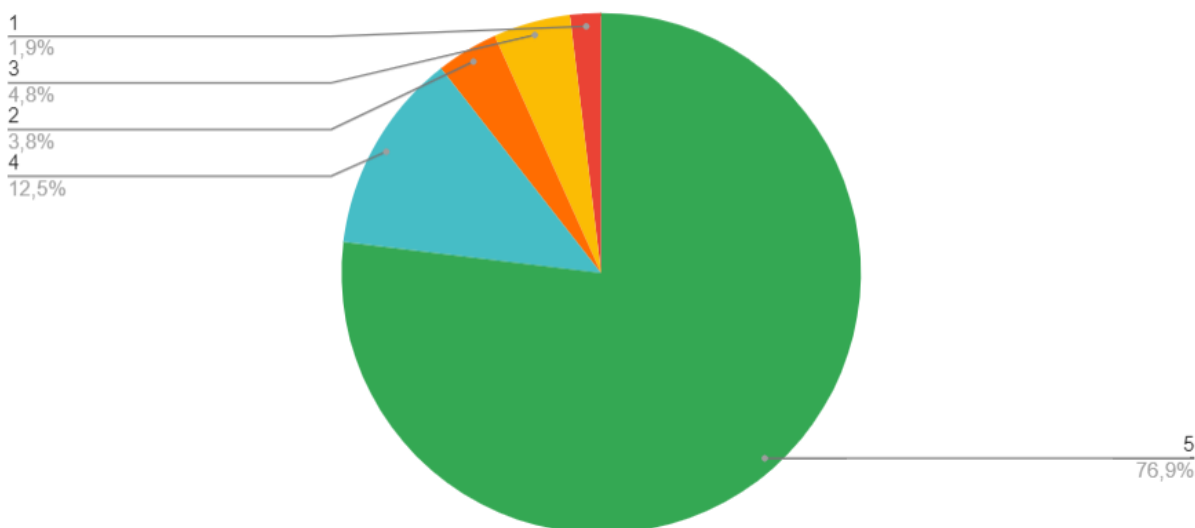
Il linguaggio utilizzato è chiaro e comprensibile? (conteggio risposte)



La quasi totalità degli utenti (92,3%) ha riportato che il linguaggio utilizzato all'interno del video è stato molto chiaro e comprensibile. Il 4,8% e 2,9% degli utenti ha assegnato punteggio pari a 4 e 3. Quindi, nessun utente ha evidenziato una eccessiva complessità del linguaggio utilizzato dagli operatori ed adottato all'interno del video.

4. Parteciperesti ad incontri di approfondimento in presenza?

Parteciperesti a incontri di approfondimento in presenza? (conteggio risposte)

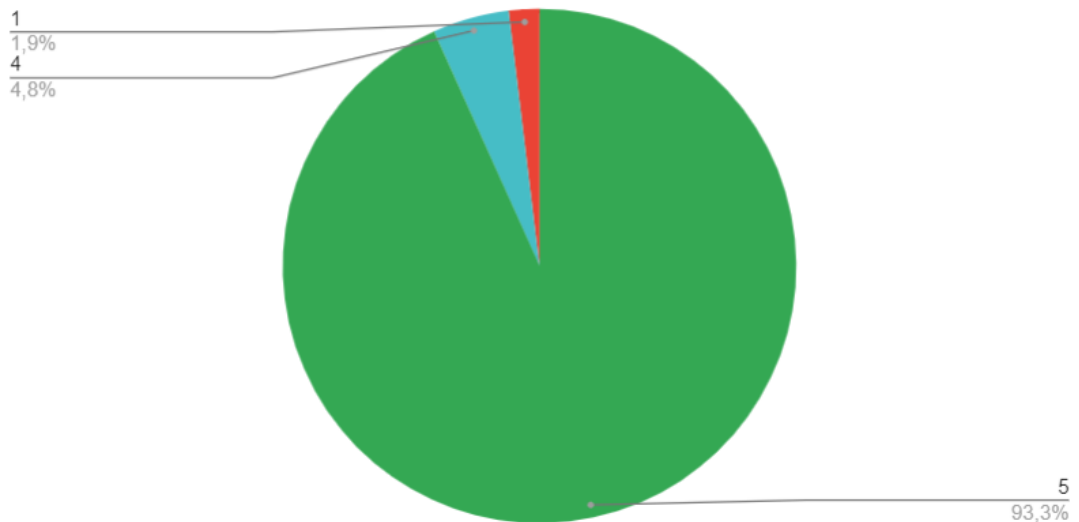


Il 76,9% degli utenti dichiara che sarebbe molto disponibile a partecipare ad incontri di approfondimento in presenza, assegnando punteggio di 5. Il 12,5%, 4,8% e 3,8% degli

utenti ha assegnato relativamente a questa domanda punteggio di 4, 3 e 2, e solo un utente si dichiara non disponibile a tale proposta. Sarebbe interessante indagare ulteriormente relativamente alle motivazioni per cui alcuni utenti non vorrebbero approfondire tale tematica in presenza (eventuali problematiche relative alla possibilità di raggiungere la sede, oppure altri eventuali ostacoli alla partecipazione).

5. Consigliaresti questo video ad altre persone?

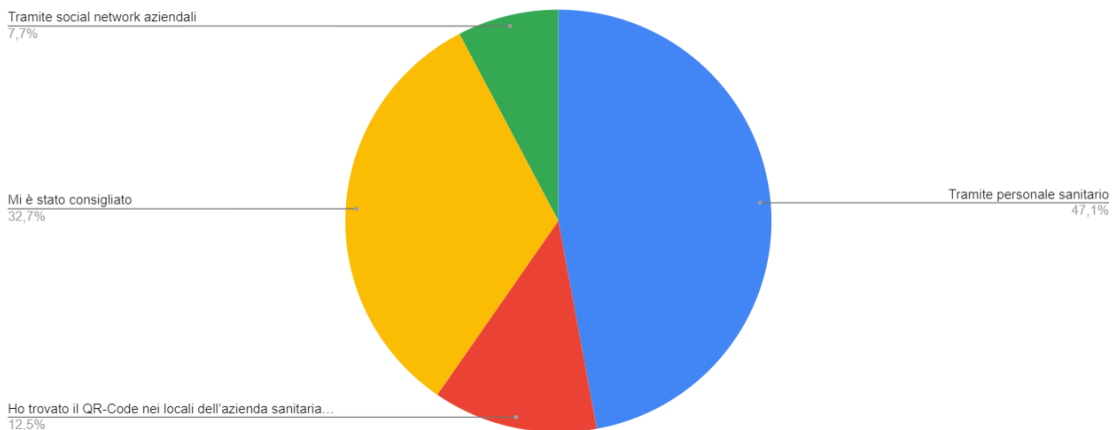
Consigliaresti questo video ad altre persone? (conteggio risposte)



La quasi totalità degli utenti (93,3%) ha riportato che consiglierebbe molto questo video ad altre persone. Il 4,8% degli utenti ha assegnato punteggio pari a 4, e solo un utente ha assegnato punteggio pari ad 1. Anche in questo caso, l'ampia maggioranza di coloro che hanno visualizzato il video ne consiglierebbero la visione ad altri.

6. Come sei venuto a conoscenza del video?

Come sei venuto a conoscenza del video ? (conteggio risposte)



Il 47,1% degli utenti è venuto a conoscenza del video tramite personale sanitario, il 32,7% grazie a consiglio altrui e il 12,5% scannerizzando il QR-Code nei locali dell'azienda sanitaria. Solo nel 7,7% dei casi i social network sono stati mezzo mediante il quale gli utenti sono stati messi al corrente dell'esistenza del video stesso. Considerando quanto trattato nei capitoli precedenti relativamente al ruolo ed alle opportunità offerte dal web (ed anche dai social network) nella vasta diffusione di informazioni relative alla salute degli individui, sicuramente risulta importante valutare le potenzialità di quest'ultimo canale ed ipotizzare possibilità di miglioramento e potenziamento di utilizzo dello stesso per raggiungere quante più persone possibili.

7. Eventuali suggerimenti:

La maggior parte dei suggerimenti registrati riguardano alcune tematiche specifiche, in particolare:

- Offrire la possibilità di effettuare incontri in presenza di approfondimento: 2 suggerimenti
- Approfondire alcune delle tematiche illustrate e proporre di altre aggiuntive:
 1. Maturazione psicologica ed emotiva del bambino
 2. Informazioni relative alle prime visite di controllo da effettuare (audiometriche, otorinolaringoiatriche, oculistiche, ortottiche...)

3. Approfondimento relativo alle tappe di sviluppo del linguaggio e allo svezzamento
4. Accompagnamento del bambino allo sviluppo del controllo sfinterico
5. Gestione del ritmo sonno-veglia
6. Gestione del distacco dalla figura materna ed inserimento in Asilo nido e/o scuola dell'infanzia

Inoltre, tra i suggerimenti viene segnalato la possibilità di rendere disponibile il video in altre lingue e suddividerlo per macro-argomenti.

Capitolo 5: Conclusioni e proposte future

La diffusione del video a seguito della sua realizzazione ed i risultati estrapolati dal questionario di gradimento aprono la strada a numerose prospettive e proposte future. In termini di possibili modifiche da applicare, potrebbe essere auspicabile proporre una nuova versione del video correlata da sottotitoli in diverse lingue, considerando il crescente numero in Italia di persone appartenenti ad altre etnie. Inoltre, come evidenziato precedentemente, la partecipazione ai CAN da parte di donne in gravidanza straniere è estremamente esigua, e dunque la proposta di contenuti opportunamente tradotti ed adattati mediante il supporto di interpreti potrebbe essere ottimo strumento di diffusione di informazioni in questa popolazione (come evidenziato anche dagli stessi suggerimenti estrapolati dal questionario di gradimento).

Un'ulteriore proposta potrebbe essere la suddivisione in macro-argomenti del video in differenti filmati più brevi, che permettano agli utenti di visionare ciò che è di loro particolare interesse e di approfondire tematiche in maniera più specifica (tra queste ad esempio la gestione del ritmo sonno veglia, lo svezzamento, il distacco dalla figura materna, come suggerito dai risultati del questionario di gradimento e riportato precedentemente), anche con il coinvolgimento di ulteriori figure professionali.

È importante inoltre, considerando quanto emerso dai risultati ricavati dal questionario di gradimento e quanto riportato nei precedenti capitoli, implementare l'utilizzo dei mezzi di comunicazione a disposizione del servizio sanitario, che possono essere strumento

sostanziale di informazione ad una vastissima gamma di utenti, promuovendo l'health-literacy e riducendo quindi l'asimmetria informativa.

Facendo riferimento alle proposte future possibili, si è pensato di organizzare incontri in presenza per gli utenti che desiderassero parteciparvi al fine di approfondire alcune tematiche trattate precedentemente all'interno del video. In particolare, l'idea è di costruire gruppi di 25 caregivers al massimo e tre operatori sanitari, uno per ogni macro-area di sviluppo del bambino (un logopedista, un TNPEE, un ortottista). Gli incontri potrebbero essere proposti nelle sedi principali dell'AST (Pesaro, Urbino e Fano), con una frequenza iniziale di due incontri annuali, che poi potrebbe variare in base all'interesse e alla partecipazione registrata. È necessario comunque approfondire, sulla base di quanto rinvenuto dalla compilazione del questionario di gradimento, le motivazioni per cui alcuni utenti non sarebbero disponibili a partecipare ad incontri in presenza, pur avendo espresso interesse per i contenuti esposti nei video: se infatti il problema fosse legato ad un'impossibilità di raggiungere le sedi in cui si riunirebbero i gruppi, potrebbe ad esempio essere valutabile la proposta di partecipare anche in modalità telematica, rendendo disponibile un collegamento da remoto per coloro che lo desiderassero.

In generale gli sviluppi futuri hanno come fine il garantire un supporto al genitore ed ai caregivers continuativo, durante tutte le fasi di maturazione del bambino. La diffusione di informazioni che aiutino ad acquisire consapevolezza relativamente a questo e di strategie che permettano la creazione di ambienti stimolanti è il primo passo per garantire ciò. Considerando quanto questo influisca concretamente sulla maturazione futura a lungo termine dell'individuo, gli effetti positivi potrebbero essere superiori rispetto a quanto possiamo prevedere.

Sicuramente la speranza è quella di implementare progressivamente nuove tecnologie ed innovazioni, e garantire lo sviluppo di materiale che risponda alle mutevoli esigenze dei caregivers e dei loro bambini, attraverso il supporto e la collaborazione dei professionisti sanitari, della ricerca scientifica e anche mediante l'ascolto attivo e partecipe delle emergenti necessità della collettività, con sguardo critico ed attento.

In conclusione, nell'elaborato illustrato è stato quindi analizzato il processo di progettazione e realizzazione di un video dedicato al supporto dei caregivers nel favorire

lo sviluppo dei bambini nella fascia di età 0-3 anni, partendo da un'analisi approfondita delle evidenze scientifiche. Dall'analisi del questionario di gradimento compilato dagli utenti è stato possibile ricavare punti di riflessione e suggerimenti che possano essere alla base di modifiche e miglioramenti futuri del progetto stesso. Questo progetto sperimentale e innovativo deve essere un punto di partenza ed uno strumento di lavoro per i professionisti sanitari, oltre che un supporto per implementare le conoscenze teoriche e pratiche dei caregivers. Ci si auspica che esso possa migliorare significativamente la qualità di vita e favorire la crescita ottimale dei bambini nelle primissime fasi del loro sviluppo, supportando il ruolo essenziale dei professionisti e sfruttando le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie.

BIBLIOGRAFIA:

- American Psychiatric Association (APA), DSM-5, 2013
- Arkin EB, Romano RM, Van Nevel JP, McKenna JW. Effect of the mass media in promoting calls to the Cancer Information Service. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1993;(14):35-43. PMID: 8123357.
- Asenhed L, Kilstam J, Alehagen S, Baggens C. Becoming a father is an emotional roller coaster - an analysis of first-time fathers' blogs. *J Clin Nurs.* 2014 May;23(9-10):1309-17. doi: 10.1111/jocn.12355. Epub 2013 Jul 2. PMID: 23815546.
- Barimani M, Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery.* 2018 Feb;57:1-7. doi: 10.1016/j.midw.2017.10.021. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29128739.
- Barimani M, Vikström A, Rosander M, Forslund Frykedal K, Berlin A. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci.* 2017 Sep;31(3):537-546. doi: 10.1111/scs.12367. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28144992.
- Berg A. The importance of the first 1000 days of life. *J Child Adolesc Ment Health.* 2016 Jul;28(2): iii-vi
- Berlin A, Törnkvist L, Barimani M. Content and Presentation of Content in Parental Education Groups in Sweden. *J Perinat Educ.* 2016;25(2):87-96. doi: 10.1891/1058-1243.25.2.87. PMID: 27445446; PMCID: PMC4944457.
- Biocca P, Tittarelli S, Verolino A, Galli FL. “Il Ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita della Regione Marche: proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale”, 67-88, N.1, Vol.8 – 2024 Submitted: 1 February 2024 – Revised: 12 February 2024 – Accepted: 24 April 2024 – Published: 10 June 2024, *Journal of Biomedical Practitioners.*
- Buccoliero L, Prenestini A. “ E-health 2.0: Tecnologie per il patient empowerment”, 2010. IRIS Institutional Research Information System - AIR Archivio Istituzionale della Ricerca
- Burgio E. Environment and Fetal Programming: the origins of some current "pandemics". *J Pediatr Neonat Individual Med* 2015,4:e040237.
- Burrows S., Yiga I., *Youth Offending and Speech and Language Therapy (A Controlled Study)*, Londra: Ealing Council; 2012.

- Conti G, Sisti C. Regione Marche: “La nostra Sanità paziente-centrica col digitale, ecco il futuro”. 2018 Nov 12. *Agenda Digitale*, testata scientifica ISSN 2421-4167
- Conti-Ramsden G, Mok PL, Pickles A, Durkin K. Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Res Dev Disabil*. 2013 Nov;34(11):4161-9. doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.043. Epub 2013 Sep 27. PMID: 24077068; PMCID: PMC3830176.
- Crews D. Epigenetics and its implications for behavioral neuroendocrinology. *Front Neuroendocrinol*. 2008 Jun; 29 (3):344-57. doi : 10.1016/j.yfrne.2008.01.003. Epub 2008 Feb 7. PMID: 18358518
- Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 Jul 29;8:30. doi: 10.1186/1471-2393-8-30. PMID: 18664251; PMCID: PMC2519055.
- Deave T, Johnson D. The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *J Adv Nurs*. 2008 Sep;63(6):626-33. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x. PMID: 18808584.
- Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. Valutazione dell’attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. *Rapporti ISTISAN 01/5*. Roma: Istituto Superiore di sanità; 2001
- Dunn RC, Stegall CJ, Creel C, Fuchs CJ, Menzies BE, Summers NA. Evaluating the delivery of care by telemedicine for incarcerated people living with HIV: a cohort study. *BMC Infect Dis*. 2024 Jul 22;24(1):717. doi: 10.1186/s12879-024-09528-1. PMID: 39039476; PMCID: PMC11265178.
- Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 2016 Aug;39:1-11. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.006. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27321714.
- Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 May;84(5):436-43. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x. PMID: 15842207.

- Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, Turcano P, Erwin PJ, Alahdab F, Berti A, Manemann SM, Yost KJ, Finney Rutten LJ, Roger VL. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail.* 2020 Jun;8(6):451-460. doi: 10.1016/j.jchf.2019.11.007. PMID: 32466837; PMCID: PMC7263350.
- Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health.* 2013 Nov-Dec;58(6):613-21. doi: 10.1111/jmwh.12139. Epub 2013 Dec 9. PMID: 24320095
- Farnè M, Fortunato F, Neri M, Farnè M, Balla C, Albamonte E, Barp A, Armaroli A, Perugini E, Carinci V, Facchini M, Chiarini L, Sansone VA, Straudi S, Tugnoli V, Sette E, Sensi M, Bertini M, Evangelista T, Ferlini A, Gualandi F. TeleNEwCARE: An Italian case-control telegenetics study in patients with Hereditary NEuromuscular and CARdiac diseases. *Eur J Med Genet.* 2023 Jun;66(6):104749. doi: 10.1016/j.ejmg.2023.104749. Epub 2023 Mar 21. PMID: 36948289
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009 Jan 3;373(9657):68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7. Epub 2008 Dec 4. PMID: 19056114.
- Giovanni Baglio (a), Angela Spinelli (a), Serena Donati (a), Michele E. Grandolfo (a) e John Osborn (b) (a) Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità , Roma (b) Università degli Studi “La Sapienza”, Roma (2000). Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato, *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 4 (2000), pp. 465-478
- Gluckman PD, Hanson MA. Developmental origins of disease paradigm: a mechanistic and evolutionary perspective. *Pediatr Res* 2004, 56:311-317
- Heritage M., Virag. G., McCuaig L., Better outcomes for young offenders - Exploring the impact of Speech and language therapy in Youth offending teams in Derbyshire 2010 - 2011. Leeds: NHS; 2011.

- Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health*. 2020 Jan-Dec;11:2150132720980612. doi: 10.1177/2150132720980612. PMID: 33300414; PMCID: PMC7734546.
- Hirota T, Bishop S, Adachi M, Shui A, Takahashi M, Mori H, Nakamura K. Utilization of the Maternal and Child Health Handbook in Early Identification of Autism Spectrum Disorder and Other Neurodevelopmental Disorders. *Autism Res*. 2021 Mar;14(3):551-559. doi: 10.1002/aur.2442. Epub 2020 Nov 29. PMID: 33251760.
- Horwitz AG, Mills ED, Sen S, Bohnert ASB. Comparative Effectiveness of Three Digital Interventions for Adults Seeking Psychiatric Services: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jul 1;7(7):e2422115. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.22115. PMID: 39023893; PMCID: PMC11258584
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord*. 2000 Apr-Jun;35(2):165-88. doi: 10.1080/136828200247133. PMID: 10912250.
- Malin Bergström, Helle Kieler, Ulla Waldenström, A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education, *Midwifery*, Volume 27, Issue 6, 2011, Pages e195-e200, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.005>.
- Ministère de la Santé et de Sports – Journal Officiel de la République Française, Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la Télémedicine
- Oppelaar MC, Emond Y, Bannier MAGE, Reijers MHE, van der Vaart H, van der Meer R, Altenburg J, Conemans L, Rottier BL, Nuijsink M, van den Wijngaart LS, Merkus PJFM, Heinen M, Roukema J. Potential, Pitfalls, and Future Directions for Remote Monitoring of Chronic Respiratory Diseases: Multicenter Mixed Methods Study in Routine Cystic Fibrosis Care. *J Med Internet Res*. 2024 Aug 6;26:e54942. doi: 10.2196/54942. PMID: 39106098.

- Peters GM, Kooij L, Lenferink A, van Harten WH, Doggen CJM. The Effect of Telehealth on Hospital Services Use: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2021 Sep 1;23(9):e25195. doi: 10.2196/25195. PMID: 34468324; PMCID: PMC8444037.
- Sjattar EL, Mahaling CSS, Irwan AM. The impact of mobile telenursing on fasting blood glucose levels in diabetes: an interventional study. *Med J Malaysia*. 2024 Jul;79(4):380-387. PMID: 39086333.
- Speri, L., Simeoni, L., & Fretti, E. (2016). Determinanti di salute nella prima infanzia - Il programma GenitoriPiù. In S. A. a cura di Pizzi E, Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione
- St Clair MC, Pickles A, Durkin K, Conti-Ramsden G. A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *J Commun Disord*. 2011 Mar-Apr;44(2):186-99. doi: 10.1016/j.jcomdis.2010.09.004. Epub 2010 Oct 1. PMID: 20970811.
- Wallace IF, Berkman ND, Watson LR, Coyne-Beasley T, Wood CT, Cullen K, Lohr KN. Screening for Speech and Language Delay in Children 5 Years Old and Younger: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015 Aug;136(2):e448-62. doi: 10.1542/peds.2014-3889. Epub 2015 Jul 7. PMID: 26152671.
- WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-7
- Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*. 2010 Dec 20;10:771. doi: 10.1186/1471-2458-10-771. PMID: 21167078; PMCID: PMC3022850.
- Yuan M, Xu H, Zhao D, Shi D, Su L, Zhu H, Lu S, Wei J. Tele-rehabilitation for Type II diabetics with heart failure with preserved ejection fraction. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024 Jul 2;15:1433297. doi: 10.3389/fendo.2024.1433297. PMID: 39015181; PMCID: PMC11250425

SITOGRAFIA:

- "Il Percorso Nascita nella Regione Marche (POMI)", Agenzia Sanitaria Regionale Marche ARS, 2023, https://www.regione.marche.it/Portals/0/ODS/report_percorsoNascita.pdf
- "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" https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf
- Burgio E. Ambiente, epigenetica e salute. 2013. ISDE Italia. [https://www.isde.it/cosa-facciamo/areetematiche/effetti-sulla-salute umana/meccanismi-patogenetici/epigenetica/.](https://www.isde.it/cosa-facciamo/areetematiche/effetti-sulla-salute umana/meccanismi-patogenetici/epigenetica/)
- Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, Bruxelles, 4 novembre 2008 COM(2008)689 [EUR-Lex - 52019DC0640 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#)
- DPCM LEA 2017, art.24. [Trova Norme & Concorsi - Normativa Sanitaria \(salute.gov.it\)](#)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Domande e risposte sui disturbi dello spettro autistico (conosciuti anche come disturbi pervasivi dello sviluppo) (autism spectrum disorders, Asd)", (2013) . [Domande e risposte sui disturbi dello spettro autistico \(iss.it\)](#)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Nuove Linee Guida per la gestione dei DSA".(2021) [a288d319-fb01-bb17-9be1-d1cbd6a50e19 \(iss.it\)](#)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti".(2023) [iss.it/documents/20126/8977108/Linea+Guida+ASD_bambini+e+adolescenti+2023.pdf/e370f693-d569-4490-6d51-8e249cd152b0?t=1696841617387](#)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS): "Dossier: La comunicazione per la salute (I Parte)". (2018) [La comunicazione per la salute Parte I \(iss.it\)](#)

- Istituto Superiore di Sanità (ISS), Autorità garante per l'infanzia e per l'adolescenza: "Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi. Documento di studio e di proposta". (2022) [COVID-19, salute mentale e abitudini alimentari: il progetto #PRESTOinsieme \(iss.it\)](#)
- I.R.C.C.S Ospedale San Raffaele, Corsi di Accompagnamento alla Nascita (2024) [Corso di accompagnamento alla nascita \(hsr.it\)](#)
- Ministero della Salute, Sapienza Università di Roma: "Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute". (2010) [Microsoft Word - MINSAL_LG_editing_4v.doc \(salute.gov.it\)](#)
- Ministero della Salute, direzione generale della programmazione sanitaria (ufficio III): "Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti: I modulo, elementi teorici della comunicazione". (2015) [Microsoft Word - documento finaleFAD25052015 \(salute.gov.it\)](#)
- Ministero della Salute, "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" (2021) [Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita](#)
- Ministero dello Sviluppo Economico, Dipartimento delle Comunicazioni: "ICT nella sanità in Italia: stato e prospettive delle informazioni statistiche". (2012) https://www.mimit.gov.it/images/stories/comunicazioni/Staff_CapoDipartimento/Div.I/ICT_sanita_Italia.pdf
- Presidenza del Consiglio dei Ministri , "[Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo di servizi di telemedicina](#)", (2020). [C 17 pagineAree 2515 1 file.pdf \(salute.gov.it\)](#)
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie", (2021). <https://www.statoregioni.it/media/4271/p-1-csr-atto-rep-n-231-18nov2021.pdf>

- World Health Organization, Health and Welfare Canada, “La Carta di Ottawa per la promozione della salute”, Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute (1986). CONGRESSO INTERNAZIONALE SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE (inail.it)
- UONPIA, Unità Operativa di Neuropsichiatria per l’Infanzia-Adolescenza Distretto Sud Est AUSL Ferrara, “Sportello: è nato e cresce” (2021) UONPIA - video "Come stimolare al meglio la crescita del mio bambino" — AUSL Ferrara

Ringraziamenti:

A completamento del presente elaborato, desidero dedicare questo spazio a coloro che hanno contribuito a renderne possibile la realizzazione.

Ringrazio in primo luogo la Dott.ssa Veronica Settembretti e la Prof.ssa Giovanna Diotallevi, che mi hanno fornito suggerimenti, materiale e consigli per la stesura di questa trattazione, accompagnandomi nelle ricerche e nella realizzazione in ogni sua fase.

Un ringraziamento speciale va alla Dott.ssa Alice Agostini, che mi ha aiutato e supportato in ogni momento, da molto prima rispetto all'inizio di questo progetto, fornendomi un aiuto costante ed essendo per me frutto di insegnamenti che non dimenticherò mai.

Grazie a mia madre e mio padre, senza il supporto, l'aiuto e l'amore dei quali nulla di tutto ciò sarebbe mai stato possibile. Non si può esprimere in poche righe la mia gratitudine nei vostri confronti, spero di riuscire quindi a dimostrarvela concretamente, per sempre.

Ringrazio tutti i miei colleghi, soprattutto quelli che mi hanno accompagnato in questo viaggio di cinque anni, tra difficoltà, trasferimenti, inizi lavorativi difficili, risate e consigli. Grazie in particolare ad Eli e Tommi, siete e sarete per me molto più che compagni di studio, e vi porterò nel mio cuore sempre, in qualunque parte del mondo sarete.

Ringrazio le mie amiche ed amici, Ersi, Auri, Dome e la mia collega Elisa, che mi hanno supportato ed aiutato nei momenti difficili, accompagnandomi sempre. Grazie a Mor, con cui sono cresciuta e cresco tutt'ora, che prendendomi per mano mi ha sempre ricordato che sarebbe andato tutto per il meglio.

Infine, dedico questa tesi ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di raggiungere questo risultato, superando le asperità, la fatica e le difficoltà. Con il vivo e sentito augurio che questo sia solo il principio della realizzazione di ciò che di meraviglioso ed ignoto mi aspetta.

“Il giorno fu pieno di lampi;

ma ora verranno le stelle,

le tacite stelle.”

Giovanni Pascoli, “La mia sera”, (1900)