

Titolo articolo / Article title:

Il Ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita della Regione Marche: proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

Autori / Authors: Paola Biocca, Sofia Tittarelli, Antonio Verolino, Federica Lucia Galli.

Pagine / Pages: 67-88, N.1, Vol.8 - 2024

Submitted: 1 February 2024 – *Revised:* 12 February 2024 – *Accepted:* 24 April 2024 – *Published:* 10 June 2024

Contatto autori / Corresponding author: Paola Biocca,

paola.biocca@staff.univpm.it



Opera distribuita con Licenza Creative Commons.
Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.

Open Access journal – www.ojs.univpm.it/index.php/jbp – ISSN 2532-7925

Questa Rivista utilizza il [Font EasyReading®](https://www.easyreading.com/), carattere ad alta leggibilità, anche per i dislessici.

Periodico per le professioni biomediche e sanitarie a carattere tecnico - scientifico – professionale

Rivista scientifica ideata e fondata da / Scientific journal founded by:

Francesco Paolo SELLITTI

Direttore responsabile/Editor in chief: Francesco Paolo SELLITTI

Direzione di redazione/Editorial management: Iliaria STURA, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

Comitato di redazione/Editorial team:

Simone URIETTI, Elena DELLA CERRA, Luciana GENNARI,
Patrizia GNAGNARELLA, Alessandro PIEDIMONTE, Luca CAMONI,

Editors: Claudio POBBIATI, Iliaria STURA, Cristina POGGI, Antonio
VEROLINO, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA, Irene
NIERI, Alessia BORRELLI.

Journal manager e ICT Admin: Francesco P. SELLITTI, Simone URIETTI.

Book manager: Francesco P. SELLITTI

Graphic Design Editor: Francesco P. SELLITTI, Simone URIETTI, Alessia BORRELLI.

Comitato scientifico/Scientific board:

Dott. Anna Rosa ACCORNERO
Prof. Roberto ALBERA
Dott. Massimo BACCEGA
Dott. Alberto BALDO
Prof. Nello BALOSSINO
Prof. Paolo BENNA
Prof. Mauro BERGUI
Dott. Salvatore BONANNO
Prof. Ezio BOTTARELLI
Prof. Gianni Boris BRADAC
Dott. Gianfranco BRUSADIN
Dott. Luca CAMONI

Prof. Alessandro CICOLIN
Dott. Laura DE MARCO
Dott. Patrizio DI DENIA
Dott. Chiara FERRARI
Prof. Diego GARBOSSA
Dott. Luciana GENNARI
Dott. Ramon GIMENEZ
Prof. Caterina GUIOT
Prof. Leonardo LOPIANO
Dott. Giovanni Malferrari
Prof. Alessandro MAURO
Prof. Daniela MESSINEO

Dott. Sergio MODONI
Dott. Alfredo MUNI
Dott. Grazia Anna NARDELLA
Dott. Christian PARONE
Prof. Lorenzo PRIANO
Dott. Fabio ROCCIA
Dott. Carlo SCOVINO
Dott. Saverio STANZIALE
Dott. Lorenzo TACCHINI
Prof. Silvia TAVAZZI
Dott. Irene VERNERO

Linee guida e buone pratiche cliniche / Guidelines and good clinical practice

1

Noi refertiamo così... voi? Guida rapida per la valutazione sonologica della stenosi carotidea.

We perform like this... how about you? Quick guide for the sonological assessment of carotid stenosis.

Giovanni Malferrari, Andrea Zini, Giorgia Arnone, Ludovica Migliaccio, Matteo Paolucci, Mauro Gentile, Mariateresa Lefemine, Franco Accorsi, Attilia Maria Pizzini, Mauro Silingardi, Nicola Carraro, Vittoria Maria Sarra, Giorgio Meneghetti, Claudio Baracchini, Giuseppe Pistollato, Patrizio Prati, Luciano Marchionno, Daniela Monaco, Maria Vittoria De Angelis, Chiara Vincenzi, Simone Quintana, Amedeo Bianchini, Giuseppe Pulito, Donatella Mastria, Francesco Paolo Sellitti, Fabrizio Calliada, Domenico Laterza, Lorenzo Coppo, Daniela Mastroiacovo, Francesco Prada, Sabrina Rossi, Cristiano Azzini, Nicola Merli, Maura Pugliatti, Francesco Ciccirillo, Antonio Siniscalchi, Enzo Sanzaro, Fabio Melis, Michele Pacilli, Vincenzo Inchingolo.

Scienze economiche e dell'organizzazione aziendale sanitaria / Health Economics and Management Science

48

Competenze avanzate del Professionista Sanitario Esperto: un modello di alta formazione complementare applicato all'ecosonografia vascolare.

Advanced skills for the Senior Healthcare Professional: a high-level complementary training model applied to vascular echography.

Francesco Paolo Sellitti

Scienze logopediche / Logotherapy and speech therapy

67

Il Ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita della Regione Marche: proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

Paola Biocca, Sofia Tittarelli, Antonio Verolino, Federica Lucia Galli.

89

The role of the Speech Therapist in the Birth Support Courses of the Marche region: proposal for a diagnostic therapeutic assistance pathway.

Paola Biocca, Sofia Tittarelli, Antonio Verolino, Federica Lucia Galli.

Scienze infermieristiche / Nursing sciences

111	<i>Effetto placebo ed effetto nocebo: implicazioni per la pratica infermieristica.</i> <i>Placebo effect and nocebo effect: implications for nursing practice.</i>
	Antonella Silvestrini, Davide Dini, Federico Guerra, Tiziana Benedetti, Matteo Cesaretti, Stefania Nicoletti, Franca Riminucci, Davide Sanchioni.

Neuroscienze / Neuroscience

121	<i>Ulnar Goniometer Device: Confronto tra elettro-neurografia ed ecografia.</i>
	Lara Gallicchio, Valentina Recchia, Pietro Guida, Anna De Luca, Luigi Didonna, Marianna Cipriani, Eleonora Vecchio, Laura Ruiz Marquez, Antonella Petruzzellis, Filippo Tamma.

130	<i>Ulnar goniometer device: comparison between electroneurography and ultrasound.</i>
	Lara Gallicchio, Valentina Recchia, Pietro Guida, Anna De Luca, Luigi Didonna, Marianna Cipriani, Eleonora Vecchio, Laura Ruiz Marquez, Antonella Petruzzellis, Filippo Tamma.

Scienze fisiatriche, fisioterapiche e riabilitative / Physical medicine, physiotherapy and rehabilitation

138	<i>Efficacia della Riabilitazione Cardiovascolare in soggetti diabetici: Revisione Sistemica della letteratura.</i> <i>Efficacy Of Cardiovascular Rehabilitation In Diabetic Subjects: Systematic Review Of The Literature.</i>
	Rossana Cuscito, Laura Sanrocchi, Annamaria Servadio, Matteo Tamburlani.

161	<i>Intervento preventivo e terapeutico nell'osteoartrosi degli arti inferiori: revisione sistematica della letteratura.</i> <i>Preventive and therapeutic intervention in osteoarthritis: systematic review of the literature.</i>
	Matteo Tamburlani, Rossana Cuscito, Francesca Santini, Alessio D'Angelo, Edoardo Tirelli, Annamaria Servadio.

Clinica medica e chirurgica / Clinical and surgical medicine

183

Valutazione dei disturbi del sonno in pazienti affetti da Long Covid: valutazione delle qualità psicometriche della versione italiana della General Sleep Disturbance Scale (GSDS).

Evaluating sleep disorders in patients with Long Covid: assessment of psychometric qualities of the Italian version of the General Sleep Disturbance Scale (GSDS).

Matteo Tamburlani, Tiziana Trequattrini, Simona Rossi, Maria Cristina Zappa, Rossana Cuscito, Leonardo Papi, Arianna Colelli, Giovanni Galeoto, Ilaria Ruotolo, Fabrizio Ciaralli, Annamaria Servadio.

OPEN ACCESS JOURNAL

<http://www.ojs.unito.it/index.php/jbp>

ISSN 2532-7925



Periodico per le professioni biomediche a carattere tecnico - scientifico - professionale

Il Ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita della Regione Marche: proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

Paola Biocca¹, Sofia Tittarelli², Antonio Verolino², Federica Lucia Galli³

¹Logopedista, CdL in Logopedia Polo di Fermo, Università Politecnica delle Marche - Ita

²Logopedista, Libera Professione, Milano – FNO TSRM-PSTRP - Ita

³Logopedista, CdL in Logopedia Polo di Ancona, Università Politecnica delle Marche - Ita

Contatto autori: Paola Biocca – pbiocca26@gmail.com

Come citare / How to Cite:

Biocca, P., Tittarelli, S., Verolino, A., & Galli, F. L. (2024). Il Ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita della Regione Marche: proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale. *Journal of Biomedical Practitioners*, 8(1).

<https://doi.org/10.13135/2532-7925/10348>

N. 1, Vol. 8 (2024) – 67:88

Submitted: 1 February 2024

Revised: 12 February 2024

Accepted: 24 April 2024

Published: 10 June 2024

Think **green** before you print



Distribuita con Licenza Creative Commons. Attribuzione – Condividi 4.0 Internazionale

RIASSUNTO

OBIETTIVO

Proporre un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che amplifichi il ruolo preventivo del Logopedista all'interno di Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), al fine di sensibilizzare e valorizzare le competenze dei genitori, per ciò che riguarda lo sviluppo comunicativo-linguistico, facio-oro-deglutitorio e alimentare dei nascituri, prevenendo eventuali disturbi e difficoltà in tali aree.

MATERIALI E METODI

Revisione narrativa della letteratura relativa a Linee Guida e PDTA pubblicati nella Regione Marche e inerenti al Percorso Nascita e alla Prevenzione nella Prima Infanzia. L'obiettivo è stato quello di sintetizzare le informazioni relative ai modelli di assistenza, organizzati per promuovere e monitorare il benessere dei futuri genitori durante la gravidanza e nei mesi successivi al parto, e ai progetti di prevenzione riguardanti i primi 1000 giorni di vita del bambino. Il progetto viene realizzato ipotizzando il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST) della Regione Marche, per realizzare un PDTA, rivolto alle coppie genitoriali, coinvolte secondo precisi criteri di inclusione (età superiore ai 18 anni, residenti nella Regione Marche, gravidanza con decorso fisiologico, madrelingua italiana o con livello di conoscenza della lingua italiana almeno B1, consenso alla partecipazione espresso nella fase di reclutamento) e di esclusione (donne in gravidanza nel periodo tra 0-5 mesi).

All'interno dei vari incontri proposti nei CAN, per integrare l'attività del Logopedista con le altre figure professionali, vengono ipotizzati cronoprogrammi e flow chart, inerenti alle azioni preventive per lo sviluppo psicomotorio e comunicativo-linguistico nel bambino 0 - 3 anni.

Il progetto prevede anche la definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito.

RISULTATI

Una rete clinica completa e attiva, dalla prevenzione all'empowerment, tramite un PDTA mirato alle reali esigenze genitoriali e dell'età evolutiva, che prevede un approccio interdisciplinare per indirizzare la selezione dei contenuti formativi e informativi alla conoscenza delle esperienze oro-sensoriali e agli aspetti comunicativo-linguistici, integrandoli con le routine presenti in ambito familiare.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il ruolo del Logopedista nei CAN ha finalità preventiva e supporta lo sviluppo comunicativo-linguistico e facio-oro-alimentare dei bambini. Un rapporto di fiducia con le varie figure professionali presenti nel PDTA aumenta il senso di sicurezza e di aderenza dei genitori durante la gravidanza, il parto e il periodo post-natale.

Il PDTA rappresenta uno strumento adatto per la prevenzione delle problematiche oro-facciali e comunicativo-linguistiche in età evolutiva, favorendo il lavoro del Logopedista in équipe interdisciplinare e supportando la partecipazione attiva delle famiglie in tutto il territorio regionale.

Parole chiave: Logopedista, Prevenzione, Corsi di Accompagnamento alla Nascita, Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, Professioni Sanitarie, Comunicazione, Linguaggio, Deglutizione, Nutrizione, Età Evolutiva, Management Sanitario.

INTRODUZIONE

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento organizzativo di Clinical Governance.

Il miglioramento dei processi assistenziali rappresenta l'obiettivo del PDTA, realizzato tramite la riduzione dei costi e/o consumi, la diminuzione della variabilità ed il contenimento della disomogeneità negli approcci clinici [1].

Il PDTA è uno strumento che consente di creare evidenze scientifiche di supporto, attraverso una metodologia di calcolo universale e la definizione di indicatori che siano misurabili oggettivamente, semplici da interpretare, confrontabili e facilmente rappresentabili [2].

Il PDTA analizza e sviluppa, prevalentemente, tematiche sanitarie legate a cronicità o a bisogni di salute complessi. Tuttavia, potrebbe essere impiegato anche con fine preventivo adottando azioni sanitarie per fornire rendimenti a lungo termine e modificando l'organizzazione del percorso nascita in merito alle modalità di sostegno alla genitorialità e al bambino nelle prime fasi di vita.

La metodologia di costruzione del PDTA è definita e caratterizzata da quattro fasi [3]: la progettazione, le applicazioni operative, l'attuazione ed il monitoraggio.

Analisi dei PDTA nella Regione Marche

La Delibera della Regione Marche sul riordino delle Reti Cliniche e successive modifiche [4][5] avvia un processo di sviluppo di tale sistema nel territorio regionale e la produzione del documento "Lo sviluppo delle Reti Cliniche nella Regione Marche" [6].

Tali reti si articolano su gruppi di patologie per la cui gestione è richiesto il coinvolgimento di vari setting di cura e assistenza; sono queste le strutture nelle quali i PDTA vengono definiti, sviluppati e implementati.

Nel 2014 la Regione Marche illustra le linee di indirizzo per la predisposizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani Integrati di Cura (PIC) [7]; successivamente nel periodo compreso tra il 2016 e il 2021, vengono implementati 14 PDTA definiti attraverso

Delibere della Giunta Regionale (DGR) [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21].

I PDTA della Regione Marche evidenziano le seguenti caratteristiche:

1. Il soggetto promotore coincide con la “Massima Funzione Gestionale” sia a livello di Regione che di Aziende Sanitarie Territoriali (AST) o, in alternativa, con un gruppo di professionisti motivati. Formalizza la decisione di attuare un PDTA attraverso una determina e la tipologia di atto adottata è rappresentata prevalentemente da delibere della Giunta Regionale;
2. La scelta del problema di salute, analizzando i PDTA presenti nella Regione Marche, evidenzia che le patologie individuate sono prevalentemente croniche, su base neurologica o autoimmune, e in misura minore di tipo acuto;
3. La costruzione del gruppo di lavoro interdisciplinare prevede l’individuazione di professionisti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) con competenze specifiche, supportati da gruppi di interesse rappresentati dalle associazioni;
4. La revisione critica della letteratura si basa sull’identificazione di linee guida, ove esistenti, sull’argomento. Viene utilizzato lo strumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) per la valutazione della loro qualità [22] [23]. In alternativa, vengono consigliate le migliori evidenze scientifiche in lingua italiana/inglese pubblicate da non più di 3 anni;
5. La stesura e la rappresentazione grafica del PDTA è costituita da una descrizione articolata dei fattori demografici e della patologia in esame, con sezioni dedicate all’epidemiologia, alla patogenesi, all’individuazione dei gruppi a rischio, agli esami diagnostici, alle complicanze. A corredo vi sono flow chart relative alle varie fasi che consentono anche l’individuazione dei soggetti che entrano o escono dal percorso;
6. La sostenibilità economica è in genere demandata agli Enti del SSR nell’ambito del budget assegnato, senza costi aggiuntivi. Non sono previsti finanziamenti specifici;
7. La pianificazione del sistema di valutazione, rappresentato dagli indicatori, fa riferimento al documento nazionale del Ministero della Salute sull’aderenza alle raccomandazioni del PDTA e mostra che nella Regione Marche vi è ancora una bassa aderenza;
8. Il monitoraggio prevede un programma di peer review annuale interdisciplinare/ interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione dei PDTA. Inoltre, vengono effettuate anche valutazioni sull’integrazione fra Servizi e PDTA utilizzando lo strumento dell’AUDIT. La programmazione a livello dei PDTA, tra cui quella della formazione del personale, viene demandata a livello aziendale, la qual cosa implica una esiguità di rapporti interregionali e interistituzionali.

Nella Regione Marche gli ultimi PDTA (ad es. sullo scompenso cardiaco) sono stati impostati a partire da una scelta operativa innovativa. Le considerazioni alla base del cambio procedurale sono state le seguenti:

- il percorso assistenziale raccomandato dal PDTA rimane spesso distante da quanto sperimentato direttamente dai pazienti;
- i professionisti sanitari spesso sono scarsamente "collaborativi"; nel momento in cui vengono introdotte modificazioni tecnologiche, organizzative e gestionali recepiscono la loro esperienza sul campo come lontana dalle impostazioni teorico-concettuali utilizzate per redigere i PDTA;
- necessità di indagare limitate risorse economiche del SSR con l'aumento costante della domanda e la progressiva innovazione tecnologica;
- aumento della funzionalità degli aspetti economici, valutando l'impatto delle innovazioni da inserire nel budget.

Come strumento di supporto alle decisioni è stato sperimentato il processo dell'Health Technology Assessment (HTA) - Valutazione delle Tecnologie Sanitarie [24], coinvolgendo partecipanti eterogenei per professionalità (settore medico, statistico, economico, gestionale ed ingegneristico) nella costruzione di report su alcune patologie scelte per incidenza, per impegno economico, per necessità di rinnovare alcuni aspetti organizzativi e/o assistenziali [25, 26]. Il progetto prevede la realizzazione di una rete regionale di HTA nelle seguenti aree di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza sociosanitaria e assistenza ospedaliera [27]. L'obiettivo è di supportare, a livello scientifico ed informativo, le scelte e le azioni sanitarie sia regionali che aziendali da intraprendere e anche la digitalizzazione dei servizi.

Un aspetto innovativo e trasversale, infine, è rappresentato dall'inserimento di interventi di Family Learning Socio- Sanitario nei PDTA già esistenti per le condizioni di cronicità e fragilità [28]. Il Family Learning, ideato a partire dal 2005 dal Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS) dell'Università Politecnica delle Marche, è una forma innovativa di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP), destinata anche ai familiari e da svolgersi in setting non sanitari. Insieme a loro dei professionisti sanitari e sociosanitari, attraverso degli incontri organizzati e gestiti da un tutor con funzioni di facilitatore, affrontano argomenti dedicati in modo da creare autonomia nella gestione della malattia. L'obiettivo è di avvicinare i processi di cura alla vita quotidiana consentendo una più agile gestione della patologia.

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove la costituzione di un sistema che prevede cure di qualità durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale"[29].

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sono una delle attività che caratterizzano i Consulenti Familiari (CF) e consentono di raggiungere molti nuclei familiari e fasce socioeconomiche diverse. Essi rappresentano uno strumento operativo con la forte potenzialità nell'orientamento della coppia genitoriale all'accoglienza dei nuovi nati.

Tali corsi si svolgono attraverso incontri che negli anni si sono caratterizzati sempre più per un approccio partecipativo orientato all'empowerment della donna e della coppia attraverso un maggiore coinvolgimento del partner, affrontando tutti gli aspetti, da quelli fisici a quelli psico-relazionali e sociali che l'evento della nascita mette profondamente in gioco. La prospettiva futura dei CAN è costituita dagli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) che punteranno a svilupparsi non solo durante l'intero arco della gravidanza ma anche in seguito al parto.

Dall'indagine nazionale sui CF dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) risalente al biennio 2018-2019 emerge quanto segue [30]:

- **Numero di incontri pre-partum**

I CAN costituiscono l'ambito dove più frequentemente viene effettuata attività di programmazione a livello aziendale o distrettuale (94,4%), l'educazione affettiva e sessuale (88,9%) e l'allattamento (87,8%). Si può osservare una quota più elevata al Nord rispetto al Centro, al Sud e Isole. Fanno eccezione, in negativo, per il Nord la Lombardia (5,8%) e, in positivo, per il Centro l'Umbria (45,2%). Il numero medio di incontri previsto per i CAN (stimato su 886 CF che hanno riportato l'informazione) è complessivamente intorno a 9 [29]. Nelle Regioni del Nord e Provincia Autonoma (PA) di Trento il numero di incontri previsti nei CAN è inferiore rispetto al Centro e al Sud e Isole. Sono infatti più frequenti CAN costituiti di 6-8 incontri mentre nelle Regioni del Centro e del Sud e Isole rispetto al Nord sono più frequenti i CAN costituiti di 9-10 incontri. La forte variabilità nel numero di corsi offerti non risulta associata al gradiente Nord-Sud quanto alla disponibilità della figura delle ostetriche nei CF. Al crescere del numero di ore lavorative delle ostetriche rispetto allo standard raccomandato, aumenta il numero dei CAN organizzati ogni 100 nati vivi. Inoltre, il rapporto [30] dimostra come l'adesione delle donne ai percorsi assistenziali dei CF sia fortemente correlata alla quantità e alla qualità dell'offerta assistenziale dei CAN.

Per quanto riguarda il picco di inizio dei corsi al Nord e al Centro si rileva, in corrispondenza del settimo mese di gestazione, in circa il 60% dei CF che organizzano CAN; nei CF del Sud e Isole l'inizio è più frequentemente anticipato (4-6 mesi di gravidanza) rispetto al Centro e al Nord. Sarebbe opportuno valutare se anticipare l'inizio dei CAN a 4-5 mesi di gravidanza possa favorire l'empowerment delle donne attivando un processo di consapevolezza sulle tematiche della gravidanza e della genitorialità che può risultare più difficile riservando i CAN agli ultimi mesi di gravidanza quando l'attenzione tende a concentrarsi prevalentemente sugli aspetti collegati al parto.

- **Numero di Incontri post-partum**

A completamento dei CAN, alcuni CF prevedono degli incontri post-partum per consolidare il sostegno dei genitori ed arrivare ad una loro progressiva autonomia. Il numero medio di incontri post-partum stimato su 961 CF che hanno riportato l'informazione è 1,5 [30]: Nord=1,3, Centro=1,8, Sud e Isole=1,4. Per quanto riguarda la distribuzione del numero di incontri post-partum offerti dai CF e previsti dai CAN, per tutte le aree geografiche la frequenza massima si ha in corrispondenza di un incontro (50,9%, 45,8% e 38,2% rispettivamente i valori del Nord del Centro e del Sud e Isole). Nei CF del Sud e Isole la quota di CF che prevedono 2 incontri post partum è circa il doppio (21,8%) rispetto ai CF del Nord e del Centro (12% in entrambe le aree). Riguardo alle specifiche attività si evidenziano alcune differenze a livello geografico con un gradiente Nord-Centro-Sud come indicato qui di seguito. La promozione e il sostegno dell'allattamento, offerti dal 92,9% dei CF al Nord, 88,7% al Centro e 81,8% al Sud e Isole, si articola nell'offerta di counselling (94,4% - 91,6% - 83,8%), nell'attivazione di una linea telefonica dedicata (36,6% - 30,2% - 26,6%), nell'organizzazione di gruppi di sostegno (50,8% - 38,7% - 27,3%), rispettivamente per il Nord, il Centro e il Sud e Isole.

- **Tematiche**

Una considerevole percentuale dei CF affronta nei CAN la tematica generale della genitorialità (Nord 99%, Centro-Sud 94%) così come le tematiche specifiche dell'accudimento del bambino, dello stile di vita in gravidanza, dell'allattamento. L'indagine ha rilevato che su 1226 CF che si occupano di giovani o coppia/famiglia, l'82% offre attività di counselling per il sostegno alla genitorialità, senza distinzione per area geografica. Meno trattata, ma comunque con percentuali elevate, 82-92% è la tematica delle vaccinazioni.

- **Partecipazione**

La percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai CAN, viene valutata come rapporto tra numero delle donne che hanno partecipato ad almeno un incontro di un CAN, registrate dall'indagine, e i nati nel territorio in esame [30]. La realizzazione della stima di questo indicatore è soggetta alla partecipazione all'indagine di singola sede consultoriale, che deve essere non inferiore al 70%. Il profilo dell'indicatore [30] mostra una grande variabilità a livello regionale. Non emergono dati differenziati in relazione alla nazionalità delle coppie che partecipano ai CAN. La PA di Trento (49,8%), la Toscana (48,9%) e l'Umbria (54,3%) sono le realtà territoriali per le quali si stima la maggiore partecipazione. Tendenzialmente, pur con alcune eccezioni, la partecipazione ai CAN è inferiore nelle Regioni del Sud e Isole probabilmente per le diverse modalità operative adottate per il percorso nascita.

- **Figure professionali coinvolte**

La figura professionale che più frequentemente partecipa ai CAN è l'ostetrica in tutte e 3 le aree geografiche con una percentuale del 99,8% per il Nord, del 98,2% per il Centro, del 90,0% per il Sud e le Isole [30]. I CAN che vedono il coinvolgimento della figura del ginecologo

mostrano invece una grande variabilità per area geografica passando dal 23,2% al Nord a 33,6% al Centro e 71,5% al Sud e Isole. Al Sud rispetto a Centro e Nord, sono più frequentemente coinvolti nei CAN anche gli psicologi e gli assistenti sociali [30] con una percentuale rispettivamente del 79,2% e del 49,0%. La partecipazione di mediatori culturali appare bassa e con un gradiente decrescente Nord-Sud, riflesso, almeno in parte, della diversa presenza di popolazione immigrata nelle 3 aree geografiche. Tenzialmente i CF del Nord si avvalgono più frequentemente, rispetto a Centro e Sud e Isole, del mediatore culturale, mentre nei CF delle Regioni del Centro è più diffuso l'uso di materiale multilingue; nei CF delle Regioni del Sud e Isole è più elevata la proporzione di CF che non utilizzano alcuno strumento di questo tipo. Inoltre, nella metà dei CF, i CAN non prevedono la partecipazione di professionisti dei Punti Nascita (PN) territoriali. L'assenza di questo collegamento può essere interpretata come un indicatore di mancata integrazione dei servizi ed è più frequente nei CF del Sud e Isole (67,6%). Se previsto, è più frequente che l'incontro avvenga presso il PN. Le Regioni in controtendenza, rispetto all'offerta prevalente nella propria area geografica di appartenenza, sono la Lombardia e l'Umbria rispettivamente con il 67,3% e il 68,2% di CF che non prevedono la partecipazione dei professionisti del PN ai CAN. Il Molise costituisce un'eccezione in positivo con un'alta partecipazione dei Professionisti dei PN.

Considerazioni sui CAN nella Regione Marche

- **Diffusione dei CF e dei PN sul territorio (Marche)**

Con una sede di CF ogni 25.229 residenti, valore vicino al gold standard di una sede ogni 20.000 abitanti e molto inferiore ai 32.325 residenti per sede della media nazionale, la Regione Marche può contare su una buona diffusione dei CF nel proprio territorio, collocandosi fra le 7 realtà (6 Regioni e 1 PA) con la maggiore presenza di sedi di CF nel panorama nazionale. Inoltre, fra i CF che includono il PN se ne registrano 12 in Regione [31]

- **Disponibilità di personale nei CF [30]**

Complessivamente i coordinatori dei servizi consultoriali delle 5 AST hanno riportato la presenza di 61 sedi e di 25 équipe complete con un rapporto variabile da 1 a circa 3 sedi per équipe e con una AST per la quale si rileva l'assenza di équipe complete. La disponibilità della figura professionale del ginecologo (9,5 ore) è inferiore alla media nazionale e pari a circa la metà rispetto al gold standard di 18 ore. La disponibilità della figura dell'ostetrica (28,7 ore) è superiore alla media nazionale ma al di sotto del gold standard di 36 ore. La disponibilità della figura professionale dello psicologo (23,3 ore) è superiore alla media nazionale e al valore di riferimento di 18 ore, collocando la Regione Marche tra le 5 Regioni con la maggiore disponibilità di questa figura professionale. La disponibilità della figura dell'assistente sociale (16,3 ore) è superiore alla media nazionale seppure distante dal gold standard di 36 ore. Emerge un'ampia variabilità fra le diverse AST nella composizione delle équipe consultoriali e nella complessiva disponibilità di personale meritevole di attenzione. Relativamente alla percentuale di CF che svolgono attività nell'ambito dei programmi strategici indicati dal Progetto Obiettivo Materno

Infantile (POMI) [32], la Regione Marche si colloca molto al di sotto della media nazionale per le sedi che seguono tutta la gravidanza (62,7%) con il valore più basso nel panorama nazionale, per le sedi che offrono i CAN (50,8%) collocandosi tra le 3 Regioni con i valori più bassi. La modalità organizzativa di individuare alcune sedi di CF che fungano da Centro di Riferimento Aziendale (CRA) relativamente ad alcune attività, non sembra essere stata adottata nella Regione Marche su larga scala. Non esistono spazi giovani identificati come CRA a fronte di una media nazionale di 17,9%, mentre le sedi che offrono CAN come CRA sono l'8,5% rispetto ad una media nazionale del 12,7%.

Il Piano Regionale della Prevenzione: il ruolo del Logopedista nei Corsi di Accompagnamento alla Nascita

La Regione Marche ha predisposto il proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP) con decorrenza dal 2021 al 2025 [33]. In esso si ribadisce l'importanza di un ulteriore sviluppo, riorganizzazione e rafforzamento delle reti cliniche in relazione anche a quanto determinato dall'emergenza Covid-19. Analizzando e selezionando le azioni riservate alla Prima Infanzia nella Tabella sinottica "Obiettivi Strategici/Programmi" del PRP si evidenziano le seguenti aree di intervento per l'età evolutiva:

- a) Promuovere la salute nei primi 1000 giorni;
- b) Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno;
- c) Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi;
- d) Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile;
- e) Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale;
- f) Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale;
- g) Implementare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico, organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale;
- h) Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui;
- i) Promuovere le competenze degli operatori e degli attori coinvolti;
- l) Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato, offrendo programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno.

MATERIALI E METODI

Proposta Progettuale

Nella strutturazione del progetto è stata realizzata una revisione narrativa della letteratura sulle linee guida [34] [35], sui Percorsi di Prevenzione Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PPDTA) [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] esistenti per il percorso nascita e sui progetti presenti nella Regione Marche.

Dal Report "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni della Regione Marche- anni 2018/19" sono stati estrapolati i seguenti dati epidemiologici ritenuti funzionali al progetto (Regione Marche, 2020) [44]:

a) Popolazione:

- Nelle Marche sono state intervistate 2.090 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 95,5%;
- Il 26,1% delle mamme intervistate ha meno di 30 anni, il 33,0% ha tra 30 e 34 anni e il 40,9% è composto da ultra-trentacinquenni. L'età media complessiva è di 33,1 anni;
- Il 20,6% delle mamme risulta nato all'estero;
- Il 44,9% ha conseguito la licenza media superiore e il 39,1% la laurea;
- Il 19,9% non ha un'occupazione, mentre il 40,5% ha dichiarato di avere alcune o molte difficoltà ad arrivare a fine mese con il reddito a disposizione;
- Il 54,8% delle mamme è composto da primipare, mentre il 45,2% delle mamme è composto da pluripare;
- Il 64,7% delle madri ha partecipato a un CAN, contro il 35,3% che non vi ha avuto accesso.

b) Durata dell'allattamento

Il 39,9% dei bambini è stato allattato in modo esclusivo al seno per 4-5 mesi e il 36,4% continua a ricevere il latte materno a 12-15 mesi.

La correlazione tra la presenza di allattamento esclusivo al seno e lo Status Socio-Economico (SES) evidenzia un rapporto inversamente proporzionale: le madri con un basso livello di istruzione (35,8% licenza media inferiore), con difficoltà economiche (percentuale riferita 39,1%) e che non hanno partecipato ai CAN (con una percentuale del 40,2%) allattano unicamente al seno per meno tempo.

c) Lettura precoce e condivisa

Al 38,2% dei bambini di 6-12 mesi non è mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista, mentre tra quelli al di sopra dei 12 mesi tale quota si riduce al 25,1% [44].

La lettura precoce al bambino è stata valutata in associazione con le seguenti variabili: il livello di istruzione, parità, il Paese di nascita, l'età e la propensione alla lettura della madre. I risultati confermano che tutte le variabili considerate hanno un effetto indipendente e statisticamente significativo sulla presenza/assenza della lettura ad alta voce.

Pertanto, la mancata lettura al bambino risulta maggiormente diffusa in presenza di madri non lettrici, con un'età superiore ai 35 anni, primipare e, considerando il livello di istruzione basso, tra le donne nate all'estero che dichiarano difficoltà economiche [44].

d) Esposizione agli schermi

Il 29,1% dei bambini sotto i 6 mesi di età passano del tempo davanti alla tv, computer, tablet o smartphone e il 68,0% sopra l'anno di età.

Lo Stato estero di nascita e la presenza di difficoltà economiche rendono prevalente l'esposizione agli schermi [44].

Il progetto prevede la selezione da parte delle 5 AST, partecipanti alla realizzazione del PDTA, di una popolazione di coppie genitoriali.

I criteri di inclusione individuati sono i seguenti: coppie genitoriali di età superiore ai 18 anni, residenti nella Regione Marche, con gravidanza fisiologica, di madrelingua italiana o di provenienza straniera con almeno il livello B1 di conoscenza della lingua italiana e che nella fase di reclutamento hanno espresso il loro consenso alla partecipazione. In questo caso, il criterio di esclusione scelto è stato unico: donne entro i primi 5 mesi di gravidanza.

L'intervento verte sull'implementazione dello sviluppo neuropsicomotorio e linguistico nel bambino durante l'arco temporale 0-3 anni, attraverso azioni che riguardano lo sviluppo delle funzioni orali, la promozione dell'allattamento al seno e della lettura precoce.

RISULTATI

Ipotesi Progettuale

Vengono poi ipotizzati, i cronoprogrammi (Tab. I, Tab. II) per evidenziare la dimensione temporale in cui il Logopedista potrebbe intervenire con le sue competenze in un'ottica di trasversalità con altre figure professionali.

Il cronoprogramma della Tabella I, fase A e B, riguarda il periodo che va dal 6° mese di gravidanza alla nascita.

Sviluppa, in due distinti periodi, sinergie professionali tra Logopedista, Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) e Ostetrica.

Attività/Azione	Sviluppo del linguaggio e sviluppo neuropsicomotorio
Figura Professionale	Logopedista + TNPEE
N° Incontri/Durata	2X4 ore
Periodo	6° mese di età gestazionale
Competenze Richieste	Conoscere le principali evidenze scientifiche in tema di protezione e sostegno per lo sviluppo del linguaggio; Conoscere le tappe dello sviluppo comunicativo-linguistico e neuropsicomotorio; Conoscere le principali strategie metodologico-didattiche; Possedere conoscenze transculturali e le capacità di individuare stili d'apprendimento; Possedere le competenze di base del Counselling; Possedere le competenze sulla interdisciplinarietà.
Setting	Consultorio

Tab. I Cronoprogramma Fase A (produzione propria)

Attività/Azione	Allattamento al seno e sviluppo delle funzioni orali
Figura Professionale	Logopedista + Ostetrica
N° Incontri/Durata	2X4 ore
Periodo	7° mese di età gestazionale
Competenze Richieste	Conoscere le evidenze scientifiche sull'allattamento; Conoscere le fasi dello sviluppo alimentare, dell'utilizzo degli ausili, delle abitudini viziate e delle loro correlazioni con lo sviluppo del linguaggio; Conoscere le principali strategie metodologico- didattiche; Possedere le conoscenze transculturali e le capacità di individuare i vari stili di apprendimento; Possedere le competenze di base del Counselling; Possedere competenze sulla interdisciplinarietà.
Setting	Consultorio

Tab. I Cronoprogramma Fase B (produzione propria)

Il cronoprogramma della Tab. II, Fase A, B, C, si sviluppa nel periodo compreso tra il 3° e il 36° mese di vita del bambino. Il training consta di complessive 12 ore sulla lettura ad alta voce da effettuare tra il 3° e il 12° mese di vita del bambino. In seguito, tra i 12 e i 36 mesi, inizia il monitoraggio, con cadenza semestrale, delle competenze comunicativo-linguistiche tramite la somministrazione di due questionari per genitori: Abilità Socio Conversazionali del Bambino (ASCB) [45], e Primo Vocabolario del Bambino (PVB)-Forma Breve (Gesti e Parole - Parole e Frasi) [46]. Tali strumenti, rapidi e maneggevoli nella somministrazione, coinvolgono i genitori e hanno finalità predittive e prognostiche relativamente alle aree che indagano. Consentono di tracciare i punti di forza e di debolezza delle competenze socio-pragmatiche e comunicativo-linguistiche manifestate dal bambino in modo che se ne possano riconoscere i bisogni reali [46] [47]. Infine, tra i 24 e i 36 mesi si collabora alla creazione di gruppi genitoriali, come da indicazioni del Family Learning, per favorire azioni di empowerment in spazi non sanitari.

Attività/Azione	Training sulla lettura ad alta voce (scelta dei libri, modalità narrative, tecniche per il modellamento del linguaggio)
Figura Professionale	Logopedista
N° Incontri/Durata	6 X2 ore
Periodo	Tra il 3° e il 12° mese di vita del bambino
Competenze richieste	Possedere una formazione specifica in prevenzione e promozione dello sviluppo comunicativo-linguistico; Conoscere le strategie per implementare le competenze narrative in relazione alle migliori evidenze scientifiche sull'argomento; Possedere le competenze di base del Counselling.
Setting	Consultorio

Tab. II Cronoprogramma Fase A (produzione propria)

Attività/Azione	Monitoraggio dello sviluppo comunicativo-linguistico tramite i questionari per genitori: 1. Abilità Socio-Conversazionali del Bambino (ASCB) 2. Vocabolario del Bambino - PVB Forma Breve "Gesti e Parole" (8-24 mesi) - "Parole e Frasi" (18-36 mesi);
Figura Professionale	Logopedista
N° Incontri/Durata	1X2 ore ogni 6 mesi
Periodo	Dai 12 ai 36 mesi
Competenze richieste	Formazione specialistica in valutazione delle competenze comunicativo-linguistiche in età evolutiva
Setting	Consultorio

Tab. II Cronoprogramma Fase B (produzione propria)

Attività/Azione	Creazione di Gruppi di genitori
Figura Professionale	Gruppo autonomo di Genitori
N° Incontri/Durata	1X2 ore ogni 4 mesi
Periodo	Dai 24 ai 36 mesi
Competenze richieste	Praticare la condivisione dello scambio e dell'interdipendenza; Essere consapevoli delle dinamiche di gruppo; Gestione dei percorsi decisionali;
Setting	Spazio non sanitario

Tab. II Cronoprogramma Fase C (produzione propria)

Il gruppo di controllo cui si fa riferimento è rappresentato dai partecipanti ai CAN organizzati senza l'inclusione delle Figure Professionali del Logopedista e del TNPEE, dove non risultano affrontati gli argomenti relativi allo sviluppo comunicativo-linguistico e neuropsicomotorio e alla narrazione.

L'elaborazione finale del progetto viene sintetizzata nelle due flow chart (Tab. 3 e Tab. 4).

Nel primo grafico (Tab.3) viene illustrato il reclutamento dei genitori, con gravidanze a basso rischio, nei CAN da parte di varie figure professionali (Ginecologi, Ostetriche, Pediatri e Medici di Medicina Generale).

Viene inoltre previsto un incontro di accoglienza durante il quale presentare tutte le figure professionali dei CAN e il cronoprogramma degli incontri specificando i contenuti organizzati e affrontati nei CAN da parte delle altre figure professionali (Ginecologo, Pediatra, Psicologo, Ostetrica e Assistente Sanitario).

Successivamente sono descritte le azioni svolte dal Logopedista in collaborazione con gli altri professionisti presenti nel PDTA (TNPEE e Ostetrica).

Per misurare gli esiti, è prevista la somministrazione di questionari ai genitori di entrambi i gruppi per avere dati qualitativi e quantitativi relativi alle conoscenze pre e post-corso e al gradimento [47] [48].

Per quanto concerne la qualità percepita nel percorso nascita, attualmente un progetto dell'Istituto Superiore di Sanità prevede l'utilizzo dell'adattamento di due questionari validati della National Maternity Experience Survey irlandese [49].

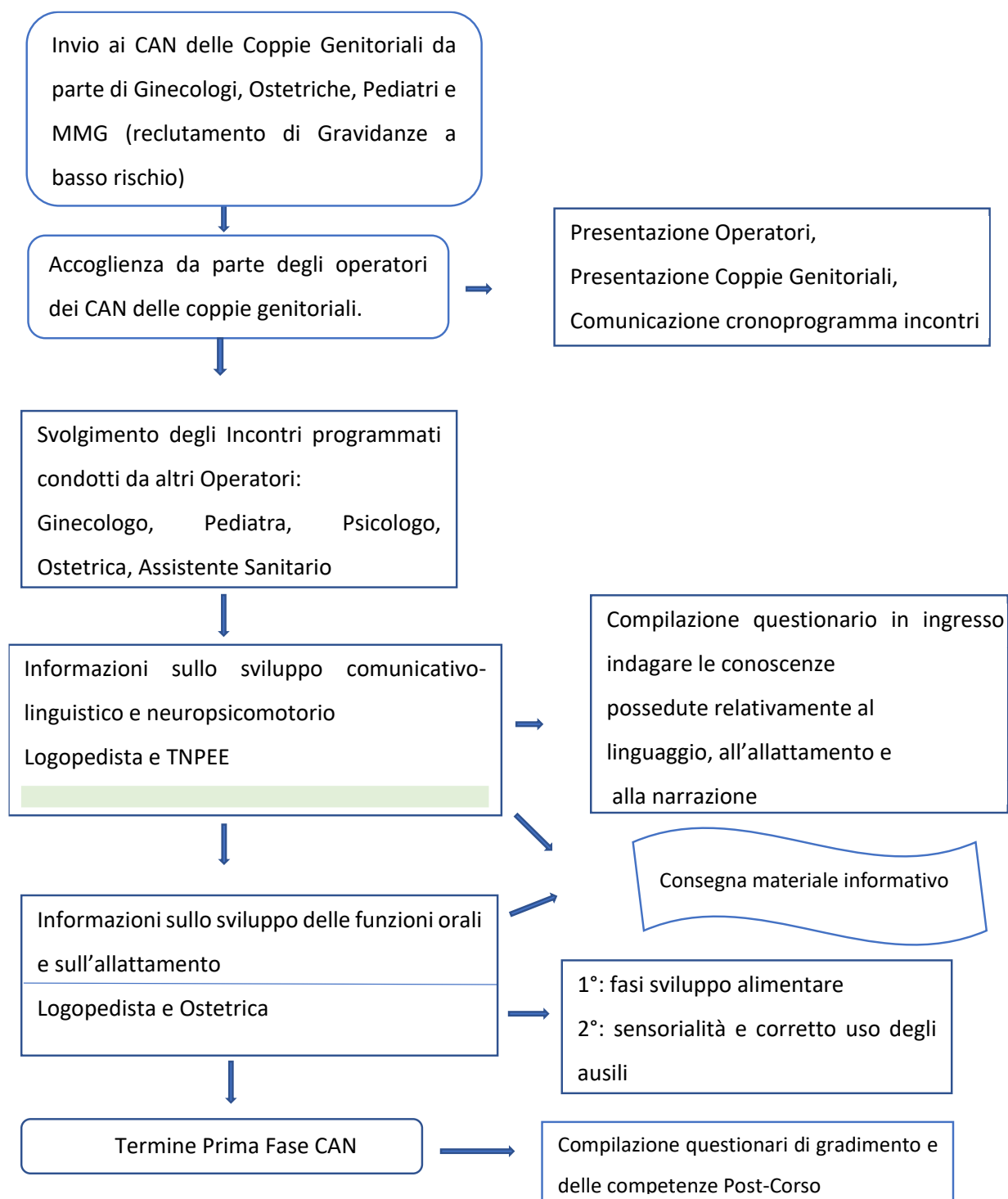
Gli strumenti, per analizzare le conoscenze del caregiver sui tempi e le modalità di acquisizione delle competenze di sviluppo nel bambino, sono limitati e pubblicati in lingua inglese con necessità di adattamento [50]. Il documento "Sorveglianza bambini 0-2 anni" [51] [52] presenta alcune domande che indagano tali aspetti e potrebbero essere utilizzate per una prima analisi qualitativa delle attitudini materne somministrandole prima e dopo la partecipazione ai CAN.

Si evidenzia, tuttavia, la necessità di sviluppare anche in lingua italiana un questionario che consenta di valutare le caratteristiche delle conoscenze del caregiver, acquisite nei CAN, sulla promozione degli aspetti comunicativo-linguistici nello sviluppo del bambino.

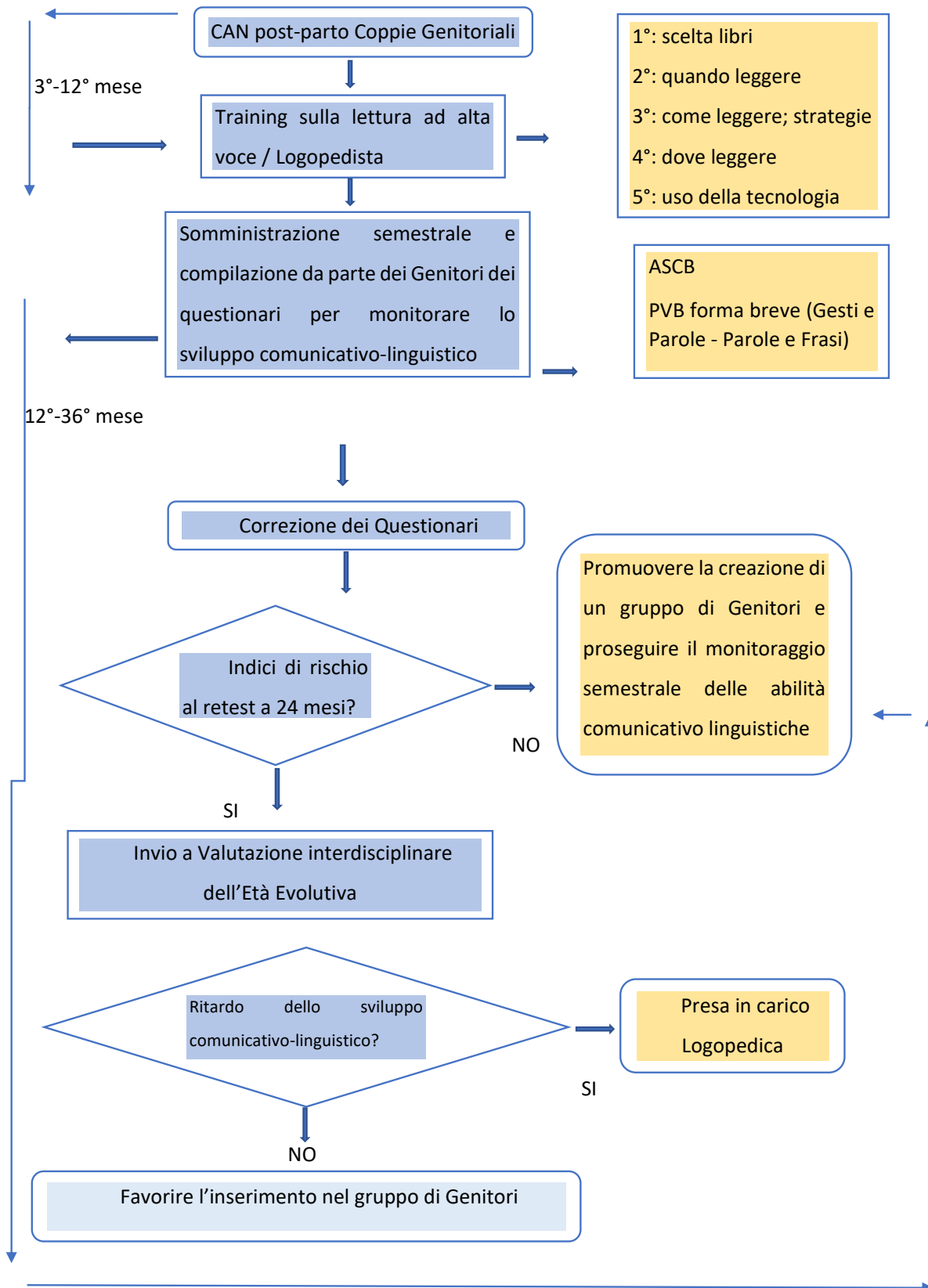
Nella seconda flow chart (Tab. 4) viene inizialmente descritto il training sulla lettura ad alta voce da svolgere nel periodo compreso tra il 3° e il 12° mese di vita del bambino.

Il percorso prosegue con il monitoraggio, a cadenza semestrale, dello sviluppo comunicativo-linguistico dei bambini di età compresa tra i 12 e i 36 mesi, specificando nella flow chart il timing e le procedure volte all'identificazione precoce dei bambini a rischio per lo sviluppo del linguaggio.

Parallelamente si promuove la creazione di un percorso genitoriale di empowerment. In relazione al Report "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni della regione Marche-anni 2018/19" [53] sono stati estrapolati i dati epidemiologici a supporto degli indicatori di strutture, processo ed esito riportati nella Tab. V.



Tab.III Flow chart di sintesi n°1 dal 3° trimestre di gestazione alla Nascita (produzione propria)



Tab. IV Flow chart di sintesi n°2. Dal 3° al 36° mese di vita del bambino (produzione propria)

INDICATORI DI STRUTTURA	%
Numero di Logopedisti dell'età evolutiva coinvolti nei CAN	100%
Numero ore lavorative svolte dai Logopedisti dell'età evolutiva nei CAN	100%
INDICATORI DI PROCESSO	%
Numero di donne che accedono ai CAN nella fase pre-partum/Numero di donne che partoriscono nell'anno	70%
Numero di donne straniere che accedono ai CAN nella fase pre-partum/ numero di donne straniere che partoriscono nell'anno	25%
Numero totale di donne che accedono ai CAN nella fase post partum/ Numero di donne che hanno partorito nell'anno	70%
Numero di donne straniere che accedono ai CAN nella fase post partum sino al termine degli incontri/Numero di donne che hanno partorito nell'anno considerato	25%
Numero di donne che hanno abbandonato il percorso di accompagnamento alla nascita dopo il parto/Numero di donne che hanno partorito nell'anno	30%
Numero di partecipazione agli incontri in presenza delle coppie genitoriali /Numero totale incontri	70%
Numero di partecipazione agli incontri in presenza delle coppie genitoriali straniere/Numero totale incontri	25%
INDICATORI DI ESITO	%
Numero di madri che allattano esclusivamente al seno sino al sesto mese/ Numero totale delle madri presenti nei CAN	50%
Numero di madri straniere che allattano esclusivamente al seno sino al sesto mese/Numero totale delle madri straniere presenti nei CAN	50%
Numero di bambini allattati al seno sino al sesto mese/Numero totale di bambini con altre tipologie di allattamento	20%
Numero totale di madri che allattano tra i 12 e i 15 mesi/Numero totale delle madri presenti nei CAN	40%
Numero totale di madri straniere che allattano tra i 12 e i 15 mesi/Numero totale delle madri straniere presenti nei CAN	40%
Numero di bambini di 6-12 mesi esposti alla lettura ad alta voce con almeno una frequenza settimanale/Numero di bambini di 6/12 mesi mai esposti alla lettura ad alta voce settimanalmente	70%
Numero di bambini di oltre 12 mesi esposti alla lettura ad alta voce con almeno una frequenza settimanale/Numero di bambini oltre i 12 mesi mai esposti alla lettura ad alta voce settimanalmente	80%
Numero di bambini sotto ai 6 mesi mai esposti agli schermi quotidianamente/Numero di bambini sotto ai 6 mesi esposti agli schermi con almeno una frequenza giornaliera	80%
Numero totale di coppie genitoriali con gradimento positivo ai questionari/Numero totale di coppie genitoriali partecipanti ai CAN	40%

Tab. V Indicatori di struttura, processo ed esito (produzione propria)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La ricognizione dei CAN e la lettura dei vari progetti di prevenzione da destinare all'età evolutiva hanno evidenziato come non sia sufficientemente rappresentato l'aspetto della interdi-

sciplinarietà. La formazione assume un ruolo importante nell'evoluzione di questo elemento. Determinante sarebbe sviluppare progetti in cui sia possibile integrare la propria professionalità con le altre in un percorso di apprendimento condiviso e continuo.

Nei PDTA questa componente assume un ruolo rilevante e la prospettiva dell'HTA può contribuire a realizzare percorsi in cui sia possibile una sinergia delle risorse a disposizione [54]. La modifica degli approcci informativi e formativi può migliorare il grado di empowerment.

Le azioni del Logopedista nella fase pre e post-partum, da integrare con l'uso di videoregistrazioni esemplificative e di incontri via web intervallati a incontri in presenza, consentirebbe una proposta maggiormente interattiva con la coppia genitoriale, affinché essa diventi la prima promotrice della salute del proprio bambino.

I recenti studi di epigenetica sostengono che i segnali ambientali che si ricevono nel corso dello sviluppo siano in grado di modificare l'espressione del DNA attivando o disattivando dei geni [55]. I primi 1000 giorni di vita si confermano una fase cruciale affinché gli stimoli ambientali lascino la loro impronta. Le routine familiari rappresentano il contesto che crea maggiori opportunità di apprendimento ecologico nel bambino. I contenuti formativi e informativi dovranno essere selezionati in base alla loro possibilità di integrarsi con le routine familiari per aumentare le probabilità attuative del programma.

Linguaggio e famiglia sono entrambi caratterizzati da sottosistemi che vanno continuamente rinforzati, in quanto fortemente condizionati dallo Status Socio-Economico (SES) e dal livello di istruzione, in particolare della madre, come dimostrano i fattori associati ad una maggiore partecipazione ai CAN quali ad esempio: l'età maggiore di 30 anni, l'istruzione medio-alta, la condizione di occupazione lavorativa, la cittadinanza italiana, la residenza in una regione centro-settentrionale, la possibilità di ricevere assistenza durante la gravidanza dal consultorio familiare o dall'ostetrica.

Le conseguenze di una condizione di povertà si evidenziano a partire dai due anni di vita [56]. La letteratura sull'argomento indica come ad un'alta stimolazione verbale corrisponda, nei bambini, una riduzione del pruning delle sinapsi sottoutilizzate [57].

Un ulteriore passaggio è rappresentato anche dalla necessità di implementare attraverso i CAN la partecipazione della popolazione immigrata e con livelli di scolarizzazione inferiori.

I risultati discussi possono essere raggiunti attraverso la valorizzazione delle competenze del Logopedista, in un'ottica di trasversalità realizzata nell'ambito della prevenzione.

Tale prospettiva rappresenterebbe un investimento iniziale, in quanto gli effetti non sarebbero immediati ma diluiti nel tempo.

La realizzazione di un PDTA regionale in cui la figura professionale del Logopedista sia inserita nei CAN ha l'obiettivo di contenere traiettorie di sviluppo atipico in età evolutiva, risparmiare risorse economiche del SSN e migliorare la qualità di vita del nucleo familiare.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Fondazione Ricerca e Salute. Costruisci PDTA. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2020.
- [2] Cartabellotta A., Struttura, processo, esito. Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria? v. 2, n. 4. Bologna: GIMBE news; 2009.
- [3] Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AReSS). Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. Torino: Regione Piemonte; 2007.
- [4] DGR del 30/09/2013 n. 1345, Riordino delle reti cliniche della Regione Marche, Regione Marche.
- [5] DGR del 27/10/2014 n. 1219, Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/04/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSN, Regione Marche.
- [6] Accordo di collaborazione tra Agenzia Regionale Sanitaria e Università del Piemonte orientale - Dipartimento di Medicina Traslazionale. Lo sviluppo delle reti cliniche nella Regione Marche, Report annuale di progetto di cui alla DGR 1230-16. Ancona: Regione Marche; 2017.
- [7] DGR del 17/11/2014 n. 1286, Linee di indirizzo per la predisposizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Piani Integrati di Cura (PIC) della Regione Marche, Regione Marche.
- [8] DGR del 29/08/2016 n. 987, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione dell'Ictus in fase acuta sul territorio Marche, Regione Marche.
- [9] DGR del 29/08/2016 n. 988, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del trauma grave sul territorio Marche, Regione Marche.
- [10] DGR del 03/10/2016 n. 1155, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) cistite interstiziale, Regione Marche.
- [11] DGR del 23/01/2017 n. 14, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Carcinoma mammario della Regione Marche, Regione Marche.[12] DGR del 27/03/2017 n. 271, Percorso Diagnostico Assistenziale delle malattie croniche intestinali della Regione, Regione Marche.
- [12] DGR del 04/12/2017 n. 1414, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dello screening del tumore del collo dell'utero della Regione Marche, Regione Marche.
- [13] DGR del 09/07/2018 n. 927, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione Marche, Regione Marche.
- [14] DGR del 11/03/2019 n. 263, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Celiachia della Regione Marche, Regione Marche.
- [15] DGR del 01/04/2019 n. 346, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con malattia di Ménière, Regione Marche.
- [16] DGR del 24/06/2019 n. 734, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto e pediatrico con Immunodeficienza Primitiva sul territorio Marchigiano, Regione Marche.

- [17] DGR del 20/09/2021 n. 1120, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente con allergia al veleno di imenotteri sul territorio Marchigiano, Regione Marche.
- [18] DGR del 20/09/2021 n. 1121, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Scompenso Cardiaco sul territorio Marchigiano, Regione Marche.
- [19] DGR del 02/12/2019 n. 1512, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Malattia di Parkinson sul territorio Marchigiano, Regione Marche.
- [20] DGR del 09/12/2019 n. 1544, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sul territorio Marchigiano, Regione Marche.
- [21] Cartabellotta A. AGREE II: come valutare la qualità delle linee-guida. *Recenti Prog Med*;102(5):217-219; 2011.
- [22] Cartabellotta A, Laganà AS. AGREE Reporting Checklist: uno strumento per migliorare il reporting delle linee guida. *Evidence*; 8(7): e1000146; 2016
- [23] Marchetti M. Cicchetti A. La valutazione delle tecnologie sanitarie, una guida pratica per le aziende sanitarie. Roma: Percorsi Editoriali di Carrocci Editore; 2015.
- [24] DGR del 10/06/2019 n. 679, Istituzione della rete regionale di Health Technology Assessment (HTA), Regione Marche.
- [25] DGR del 14/02/2022 n. 113, Declaratoria del settore HTA, Tecnologie Biomediche e Sistemi Informativi, Regione Marche.
- [26] Deliberazione Amministrativa del 04/02/2020 n. 107, Piano Socio-Sanitario Regionale 2020/2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità, Regione Marche.
- [27] Medi MT., Il Family Learning Socio-Sanitario: un modello di intervento per favorire l'attivazione dei processi di resilienza familiare, v. 3, p. 131-145. *Salute e Società*. Milano: Franco Angeli; 2007.
- [28][29] World Health Organization. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginevra: 2016.
- [29] Lauria L., Lega I., Pizzi E., Bortolus R., Battilomo S., Tamburini C., Donati S., Indagine Nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Approfondimenti a livello regionale. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
- [30] Boldrini R. Di Cesare M. Basili F. Bergamaschi A. Campo G. Moroni R. Romanelli M. Rizzuto E. Trevisani V. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2022. Roma: Ministero della Salute; 2022.
- [31] "Il Percorso Nascita nella Regione Marche (POMI)", Agenzia Sanitaria Regionale Marche (ARS), 2023, https://www.regione.marche.it/Portals/0/ODS/report_percorsoNascita.pdf
- [32] Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC), I Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - I dati regione per regione, II edizione. Roma; 2021.
- [33] DGR del 28/12/2021 n. 1640, Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, Regione Marche.
- [34] ISS-SNLG "Gravidanza fisiologica" Aggiornamento 2011_Roma, Istituto Superiore Sanità (Linea Guida 20), https://epicentro.iss.it/itoss/pdfgravidanza%20fisiologica_allegato.pdf .

- [35] ISS-SNLG "Gravidanza Fisiologica-Prima parte", Linea Guida 1/2023 SNLG, https://www.iss.it/documents/20126/9184367/LG-Gravidanza-Fisiologica-1Parte_gen-24.pdf .
- [36] DM del 12/03/2019 n. 138, Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Gruppo di Lavoro "Progetto PDTA nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia", Ministero della Salute.
- [37] CSR del 06/08/2020 n. 127, Intesa Stato Regioni Province Autonome, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.
- [38] CSR del 17/12/2020 n. 228, Intesa Stato Regioni Province Autonome, Integrazione al Piano Nazionale della Prevenzione 2020 -2025.
- [39] DGR del 31/12/2020 n. 1698, Recepimento Intesa Stato Regioni e Province Autonome n. 127 del 06/08/2020 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 – 2025.
- [40] Repertorio Atti del 20/02/2020 n. 15/CSR, Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita, Ministero della Salute.
- [41] DM del 24/4/2000, Progetto Obiettivo Materno Infantile, Ministero della Sanità.
- [42] CSR del 05/05/2021 n. 51, Intesa Stato Regioni Province Autonome, Posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani Regionali della Prevenzione di cui al Piano Nazionale Della Prevenzione 2020-2025.
- [43] Regione XXXX, Report Regionale Sistema Sorveglianza bambini 0-2 anni. Risultati dell'indagine 2018-2019; 2020.
- [44] Bonifacio S., Girolametto L., Montico M., Le abilità socio-conversazionali del bambino. Milano: Franco Angeli; 2013.
- [45] Caselli MC., Bello A., Rinaldi P., Stefanini S., Pasqualetti P., Il primo vocabolario del Bambino: Gestì Parole e Frasi. Milano: Franco Angeli; 2007.
- [46] Bonifacio S., Girolametto L., Montico M., Abilità conversazionali assertive e responsive nei bambini Late Talker di 24- 36 mesi. Quaderni acp, 4, 2017.
- [47] Greeneb R., Beechera C., O'Dwyerc L., Ryand E., Whitee M., Beattie M., Devanea D., Measuring women's experiences of maternity care: A systematic review of self-report survey instruments, *Women and Birth*, volume 34, issue 3, May 2021.
- [48] Report National Maternity Experience Survey, <https://yourexperience.ie/maternity/about-the-survey/survey-model/>, 2020.
- [49] Ertem I. O., Atay G., Dogan D. G., Bayhan A., Bingoler B. E., Gok C. G., Ozbas S., Haznedaroglu D., Isikli S., Mothers' knowledge of young child development in developing country., *Child: care, health and development*, 33, 2002.
- [50] "Report Sorveglianza Bambini 0-2 anni", sintesi dei risultati, edizione 2022, https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/Sintesi_CONVEGNOO_2__Versione%20STAMPA_23_Marzo_2023.pdf.
- [51] "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

- [52] Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni, Risultati dell'indagine 2018-2019 regione XXXX, https://www.epi-centro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/2018-2019/Report_Marche_Sorv_02.pdf
- [53] Cartabellotta A., Health Technology Assessment in Italia: eppur si muove. Bologna: GIMBE news; 2009.
- [54] Dunn EC., Soare TW., Zhu Y., Simpkin AJ., Suderman MJ., Klengel T., Smith A., Ressler KJ., Relton CL., Sensitive Periods for the Effect of Childhood Adversity on DNA Methylation: Results From a Prospective, Longitudinal Study. West Haven: Biological Psychiatry; 2019.
- [55] 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.
- [56] Burrows S., Yiga I., Youth Offending and Speech and Language Therapy (A Controlled Study), Londra: Ealing Council; 2012.