



## Il Tele-supporto all'Allattamento: Position Statement

Commissione Allattamento e BLUD della Società Italiana di Neonatologia (Com.A.SIN)

Riccardo Davanzo<sup>1</sup>, Maria Enrica Bettinelli<sup>2</sup>,  
Mariella Baldassarre<sup>3</sup>, Isabella Mondello<sup>4</sup>, Antonella Soldi<sup>5</sup>, Silvia Perugi<sup>6</sup>, Lorella Gianni<sup>7</sup>,  
Lorenzo Colombo<sup>7</sup>, Guglielmo Salvatori<sup>8</sup>, Laura Travan<sup>9</sup>, Giuseppe Giordano<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Istituto materno-infantile IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste, (Presidente Com.A.SIN 2021-2024);  
<sup>2</sup>Coordinamento delle attività consultoriali (Direttore 2018-2023), ASST FBF Sacco; <sup>3</sup>Neonatologia e TIN Policlinico, Bari; <sup>4</sup>Neonatologia e TIN, Grande Ospedale Metropolitano, Reggio Calabria;  
<sup>5</sup>Neonatologia Universitaria Ospedale Sant'Anna, Torino; <sup>6</sup>Neonatologia AOU Careggi, Firenze;  
<sup>7</sup>Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; <sup>8</sup>Educazione Nutrizionale Neonatale e BLUD, IRCCS OPBG, Roma;  
<sup>9</sup>Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; <sup>10</sup>Neonatologia e TIN Ospedale V. Cervello, Ospedali Riuniti, Palermo

5 maggio 2024

Si ringraziano:

- Il dott. Luigi Orfeo, Presidente della SIN ed il CD per il sostegno fornito al Progetto sul Tele-supporto all'Allattamento.
- La dott.ssa Camilla Gizzi, Presidente della Commissione indagini conoscitive nazionali ed internazionali della SIN per il supporto e la consulenza fornite nel condurre la Survey sul tele-supporto all'allattamento.
- Il dott. Denis Pisano (Presidente della SININF) per la collaborazione nell'organizzare il focus group infermieristico sul tele-sostegno all'allattamento.
- La dott.ssa Angela Giusti e la dott.ssa Annachiara Di Nolfi dell'Istituto Superiore di Sanità (Roma) per aver condotto i 2 focus group, medico ed infermieristico, sul tele-supporto all'allattamento e per averne steso i rapporti.
- I 21 colleghi, neonatologi ed infermiere di terapia intensiva, che hanno partecipato ai 2 Focus Group sul tele-supporto all'allattamento.

## Indice

1. Introduzione
2. Dalla tele-medicina all'eHealth
3. eHealth in Neonatologia: un continuum assistenziale tra ospedale e territorio
4. Efficacia del tele-supporto all'allattamento
5. L'esperienza di tele-supporto all'allattamento nel Regno Unito
6. Esperienze di tele-supporto all'allattamento in ambito nazionale
  - 6.1 Una ricerca qualitativa sul tele-supporto all'allattamento presso le UTIN italiane
  - 6.2 Survey sul tele-supporto all'allattamento nei Punti Nascita
  - 6.3 L'esperienza milanese
7. Normative e finanziamenti
8. Aspetti medico-legali
9. Organizzazione del supporto da remoto
  - 9.1 Indicazioni pratiche su come impostare un colloquio di counselling da remoto
    - 9.1.1 Prepararsi alla consulenza da remoto
    - 9.1.2 Durante la videochiamata
    - 9.1.3 Dopo la videochiamata
  - 9.2. La piattaforma aziendale.
10. Indicazioni della SIN sul sostegno dell'allattamento da remoto
11. Bibliografia
12. Appendice 1: Survey sul tele-supporto nelle UTIN italiane. Questionario.

## 1. Introduzione

L'utilizzo della telemedicina è incrementato in modo significativo durante la pandemia da SARS-CoV2 a livello mondiale, permettendo di ridurre i contagi a livello dei servizi socio-sanitari e fornendo, pur in maniera disomogenea, continuità assistenziale in un periodo di emergenza pandemica (Shaver 2022). Nel giro di poche settimane, la comunità di professionisti si è dovuta confrontare con l'uso della tecnologia da remoto, comprendendone i potenziali benefici, l'applicabilità e anche i limiti. Anche gli utenti, in particolare le generazioni più giovani o le persone più istruite, hanno apprezzato e colto questa opportunità (Miyawaki 2021).

Nonostante sia ormai chiaro che la telemedicina possa rappresentare un utile ausilio in ambito assistenziale, non è costantemente integrata nei sistemi sociosanitari. E' utile quindi illustrarne le caratteristiche, i requisiti, ripercorrere le normative, e delinearne i possibili finanziamenti della telemedicina con un particolare focus sull'ambito neonatologico e sul sostegno a distanza dell'allattamento, con riferimento anche ad alcune significative esperienze italiane.

## 2. Dalla tele-medicina all'eHealth

Il termine di **telemedicina** è entrato in uso negli anni '70 negli Stati Uniti quando fra alcune selezionate strutture sanitarie si è iniziato a trasmettere in via sperimentale esami strumentali quali ECG ed EEG. In seguito anche in Italia è iniziata la refertazione in ospedale dei primi ECG registrati a domicilio. In quegli anni la telemedicina veniva definita uno "scambio di informazioni mediche da una sede ad un'altra tramite comunicazioni elettroniche, col fine di migliorare lo stato di salute clinica di un paziente...senza l'usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale" (Bird 1975).

L'OMS molti anni dopo (WHO 1998) ha allargato il concetto di telemedicina a quello di **telesalute** (*telehealth*) intesa come «l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico da parte di un qualsiasi operatore sanitario, che usi tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili a diagnosi, trattamento, prevenzione, ricerca, formazione continua». Per "telesalute" quindi si intende non solo l'assistenza sanitaria clinica (incluso l'invio di referti e documenti sanitari), ma anche l'educazione alla salute dei pazienti, la formazione professionale interattiva a distanza mediante tutoraggio (*telementoring*), la televisita del paziente o il teleconsulto tra professionisti, il monitoraggio da remoto dei parametri vitali del paziente (in particolare con patologia cronica come il diabete) mediante l'uso dei dispositivi mobili.

Poiché erogare forme di tele-salute implica necessariamente un complesso di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche di rete, attualmente prevale l'uso del termine **eHealth** (digital health o salute digitale in italiano) o addirittura di quello, ancor più specifico, di **mHealth** ("m" per *mobile*)(Chuo 2021).

Per m-Health secondo l'OMS si intende la pratica sanitaria supportata da strumenti di comunicazione mobile (smartphone, tablet, smartwatch, implantable devices, wearable devices, iPad). Considerando che nel mondo ci sono circa 4 miliardi di abbonamenti alla telefonia su 8 miliardi di abitanti (quindi il 50 %!) si comprende come l'mHealth possa aumentare, secondo l'OMS, la copertura universale dell'assistenza sanitaria. Si pensi che nel 2021 sono stati censiti circa 108.000 applicazioni (App) riguardanti l'e-Health. Il **supporto** fornito dalla mHealth può essere **sincrono** (videochiamate, videoconferenze, Facebook) o **asincrono** (sms, app, piattaforme online)(Chuo 2020; Ferraz dos Santos 2020; Miremberg 2022).

I vantaggi attesi dell'eHealth sono molteplici: il superamento delle barriere relative a tempo e spazio, una maggior accessibilità dei cittadini/pazienti, un miglioramento secondo l'OMS della *health literacy* (affinchè gli individui agiscano per migliorare la propria salute e quella della collettività), una maggior efficienza a fronte di un risparmio economico per riduzione dei costi diretti ed indiretti, un minor impatto ambientale, una possibile maggior soddisfazione dell'utente.

Naturalmente non vanno ignorate neppure le criticità: l'indisponibilità di servizi sanitari con sistemi e protocolli operativi aggiornati a sostenere l'eHealth, la possibile interruzione per motivi tecnici della connessione, la modifica del rapporto fra operatore sanitario e paziente, le barriere linguistiche, i rischi di violazione della privacy e, ultima, ma non meno importante, l'arretratezza legislativa e normativa a fronte di veloci innovazioni tecnologiche.

Infine, il divario digitale fra utenti diversi (**digital divide**) può impedire di raggiungere uno dei principali obiettivi dell'e-Health: l'inclusione digitale. Questo divario digitale può essere dovuto a motivi culturali, disomogenea alfabetizzazione digitale (scarse competenze digitali per esempio dei *baby boomers* (nati negli anni 1946-64) rispetto ai *millennians* (nati negli anni fra il 1981 ed il 1996) e limitata accettazione delle novità (Habibi 2018), disomogeneità geografica (carenza delle infrastrutture per mancanza di banda larga, per esempio)(Grubestic 2020).

Si comprende come nella valutazione dell'impatto della e-Health si debba tener conto della fattibilità, dell'accessibilità, della funzionalità (anche in termini di stabilità durante l'uso), dell'efficacia, delle implicazioni economico-finanziarie e dell'esperienza maturata durante l'utilizzo (WHO 2016).

Pur nella consapevolezza che i termini tele-medicina, tele-salute ed e-Health si applicano a tipologie di prestazioni e a sistemi di connettività anche diversi, nell'ambito del supporto all'allattamento vengono usati in maniera intercambiabile.

### 3. e-Health in Neonatologia: un continuum assistenziale tra ospedale e territorio

La Policy Statement della Section on Telehealth Care dell'Accademia Americana di Pediatria sottolinea la necessità di chiarire quali siano gli obiettivi e le *best practice* dell'impiego della telemedicina nell'ambito della salute pediatrica, specialmente in un momento in cui le evidenze scientifiche sono ancora limitate e riferite prevalentemente a bambini medicalmente complessi (Curfman 2021).

In Italia alcune Società Scientifiche hanno redatto le Linee di Indirizzo di Telemedicina in Pediatria (Esposito 2023a, 2023b, 2023c), fissando standard assistenziali in particolare per le malattie croniche, proponendo un modello organizzativo relazionale valido per i minori oltre che per i *caregivers*, individuando gli aspetti critici e definendo i bisogni di informazione e di formazione sia dei *caregivers*, che dei pediatri e degli altri operatori sanitari.

A fronte di un notevole, crescente uso della telemedicina in ambito pediatrico è ancora scarsa la ricerca qualitativa e quantitativa, in particolare multicentrica, per valutarne l'impatto sulla salute, anche mentale, dei bambini e dei genitori e sulle modalità di implementazione.

In ambito perinatale e neonatologico la telemedicina può essere applicata ad un ampio ventaglio di situazioni, dalla medicina fetale fino alla rianimazione in sala parto, alle cure intensive neonatali e al follow up, in particolare per i neonati dimessi dalle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN).

È una modalità assistenziale flessibile, che si adatta ai bisogni, variabili, dei neonati e delle loro famiglie in particolare nelle transizioni all'interno di un percorso di cure, fornite anche da remoto, che risultino centrate sulle famiglie (*family centered care*).

Nella tabella 1 vengono riassunti le applicazioni assistenziali scientificamente documentate della telemedicina.

Per valutare l'utilità della telemedicina nel fornire un'assistenza sostenibile e di qualità lungo il percorso perinatale e neonatale è stato suggerito di applicare un sistema di valutazione denominato *Supporting Pediatric Research in Outcomes and Utilization of Telehealth* (SPROUT). Tale sistema supporta l'identificazione dell'*outcome*, che si vuole migliorare e in che misura e a quale costo la telemedicina possa rappresentare un metodo utile per raggiungere l'obiettivo identificato (Chuo et al. 2022). Affinchè il servizio di telemedicina risulti efficace e sostenibile serve una programmazione adeguata anche in considerazione del fatto che le pratiche codificate ed in uso per l'assistenza in presenza potrebbero aver bisogno di un adattamento per l'erogazione da remoto (Curfman 2021).

SPROUT si riferisce in particolare al contesto della UTIN, ma può utilmente guidarci anche nel contesto del tele-supporto specifico all'allattamento.

La maggior parte degli studi attualmente disponibili sulla telemedicina per neonati riguardano piccoli campioni e, nell'ambito neonatologico, si concentrano principalmente sui neonati

ventilati e raramente sul sostegno all'allattamento. In Italia le società scientifiche, nell'ambito di un documento di consenso sulla telemedicina in età pediatrica, orientato principalmente sulle patologie croniche, hanno comunque previsto l'erogazione anche di un counselling specifico sull'allattamento nell'ambito della telemedicina in gravidanza e nei primi 1000 giorni di vita (Esposito 2023a).

#### 4. Efficacia del tele-supporto all'allattamento

Una serie di studi condotti su campioni di piccole dimensioni, ha documentato l'esperienza da remoto della consulenza in allattamento in situazioni complesse o disagiate o con difficoltà di accesso ai servizi (Demirci 2019, Usher-Pines 2017, Friesen 2015).

Una recente revisione sistematica della letteratura ha documentato che il supporto da remoto aumenta del 25 % rispetto ad un'assistenza standard i tassi di allattamento esclusivo a 3 mesi dal parto e può avere un effetto positivo anche fino ai 6 mesi (Gavine 2022).

Tabella 1. Applicazioni della telemedicina nel continuum assistenziale perinatale e neonatale (Adattato da Chuo 2022).

Prenatale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulto di medicina materna-fetale anche con il genetista, neonatologo, neuropsichiatra infantile o chirurgo-pediatra per gravidanze ad alto rischio o con anomalie fetali</li> <li>• Monitoraggio da remoto per condizioni ad alto rischio</li> </ul>
Perinatale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto alla rianimazione neonatale in strutture assistenziali di I livello</li> <li>• Addestramento simulato di rianimazione neonatale</li> </ul>
Trasporto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporto alla stabilizzazione del neonato in attesa dell'arrivo della squadra di trasporto</li> <li>• Supporto al team durante il trasporto alla NICU di riferimento</li> </ul>
Ricovero in TIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniziative di cura centrate sulla famiglia</li> <li>• Teleconsulti con specialisti</li> <li>• Riunioni virtuali con Unità Operative periferiche</li> <li>• Riunioni interprofessionali</li> <li>• Consulenze di neonatologia a richiesta</li> <li>• Servizi di terapia ospedaliera</li> <li>• Sostegno all'allattamento</li> </ul>
Dimissione ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione ai genitori della dimissione</li> <li>• Assistenza domiciliare</li> </ul>
Follow up post-dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite di follow-up ambulatoriali per neonati dimessi dalla TIN</li> <li>• Per neonati con problemi medici o chirurgici complessi</li> <li>• (assistenza domiciliare, gestione dei ventilatori domestici, programma supplementare di alimentazione nasogastrica)</li> <li>• Programmi di supporto a domicilio (assistenza domiciliare, terapie riabilitative, telesupporto all'allattamento)</li> </ul>

Anche la revisione sistematica di Hubschman-Shahar (2022) testimonia l'efficacia del tele-supporto all'allattamento.

Per quanto concerne l'aspetto non secondario del gradimento delle prestazioni all'utenza, il sostegno dell'allattamento da remoto risulta molto apprezzato sia dai genitori che dai professionisti (Chua 2023).

Negli studi pubblicati il tele-supporto all'allattamento é rappresentato da una serie di interventi eterogenei per popolazione bersaglio, modalità di erogazione e intensità (numero e frequenza) dei contatti da remoto.

## **5. L'esperienza di tele-supporto all'allattamento nel Regno Unito**

L'UNICEF-UK nell'aprile 2020 ha condotto una prima survey su 274 operatori sanitari che si occupano alimentazione infantile e appartenenti al National Infant Feeding Network (NIFN) (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Summary-of-results-1-and-2-Infant-feeding-during-Covid-19.pdf>) per valutare l'impatto dell'assistenza nel periodo del COVID-19.

Gli intervistati hanno sottolineato come durante la pandemia da COVID-19, per effetto della redistribuzione del personale sanitario, ci sia stata una riduzione del personale in servizio nei reparti di Ostetricia (in circa il 45 % dei casi), dell'area neonatale (in circa il 30 % dei casi), e del personale dedicato alle visite domiciliari (in circa il 45 % dei casi). E' stato riportato inoltre che anche lo staff dedicato al supporto fra pari sia andato incontro ad una riduzione nei 2/3 dei casi.

In questa situazione d'emergenza l'accesso dei genitori nelle aree di assistenza perinatale è stato molto limitato o sospeso in oltre l'80 % dei casi e l'assistenza all'allattamento si è mantenuta in presenza solamente in circa il 10 % dei casi.

L'improvvisa e drastica diminuzione delle risorse in ambito assistenziale, pur determinando l'interruzione del tipico contatto *face-to-face* fra donne e operatori sanitari, ha indotto ad identificare modalità innovative per il supporto telefonico o online.

Una seconda survey condotta dall'UNICEF-UK tramite la NIFN nell'ottobre del 2020 su 135 operatori sanitari ha evidenziato come nei reparti di Ostetricia, dove nel frattempo erano state introdotte nuove modalità di tele-supporto (mediante telefono o video o di gruppo), l'allattamento aveva un esito migliore con soddisfazione dell'utenza. L'effetto positivo era più evidente quando il tele-supporto era caratterizzato da una continuità nell'ambito del percorso nascita.

Gli intervistati hanno sottolineato come alcuni servizi innovativi utilizzati durante il periodo pandemico, tra cui il tele-supporto, possano migliorare il sostegno alle famiglie anche dopo la

pandemia. Per la maggior parte degli operatori tuttavia, il supporto virtuale dovrebbe accompagnare - non sostituire – il supporto effettuato di persona.

Secondo gli intervistati, i principali aspetti positivi del supporto virtuale, in genere tramite videochiamate, sono stati i seguenti:

- a) Un'organizzazione che, a seguito della richiesta di aiuto da parte di una madre, risulta più tempestiva nel fornire assistenza rispetto all'incontro in presenza. Questa pronta risposta può rivelarsi determinante nel caso di situazioni che richiedono un approccio immediato e/o situazioni in cui una visita in presenza non sia possibile in tempi brevi;
- b) Per alcune neomamme il supporto virtuale è risultato più accessibile, in particolare quando non si sentivano pronte per uscire di casa, se domiciliate in zone rurali mal servite dal trasporto pubblico (Kapinos 2019), se prive d'auto;
- c) La videochiamata permette di vedere le donne nel loro ambiente e di fornire una consulenza maggiormente mirata al contesto familiare;
- d) Il video-contatto facilita l'accesso alle donne al di fuori del normale orario di lavoro e la partecipazione alla consulenza anche del partner, soprattutto in caso di *smart working*;
- e) Il video-contatto impone un *hands-off technique*, che potrebbe aumentare la fiducia di una madre nelle proprie capacità di allattare;
- f) Il supporto virtuale richiede meno tempo al personale dedicato *all'home visiting*, in quanto non sono richiesti spostamenti, consentendo in tal modo di vedere più donne.

Un'osservazione importante è che il supporto virtuale può raggiungere le donne in aree dove i gruppi di supporto alla pari non sono molto rappresentati o non ritenuti adatti ai propri bisogni. Il training per gestire le nuove modalità di tele-supporto è stato tuttavia fornito in maniera incostante. Le principali barriere incontrate nel fornire un servizio adeguato di tele-supporto sono state in ordine di frequenza decrescente: incapacità dello staff, mancanza di tecnologie adeguate, redistribuzione dello staff, riluttanza da parte dello staff, preoccupazioni sulla protezione dei dati.

Le donne, dal canto loro, potrebbero non aver avuto consapevolezza della disponibilità del tele-supporto, potrebbero aver avuto un accesso limitato ad internet e non ritenere che la modalità di supporto da remoto rispondesse in modo adeguato alle proprie esigenze.

Tutti questi aspetti vanno considerati quando si pianifica l'attivazione di un servizio di tele-supporto per l'allattamento.

## **6. Esperienze di tele-supporto all'allattamento in ambito nazionale**

Le modalità di tele-supporto all'allattamento sono molteplici e varie. Molte di queste in realtà implicano la semplice trasmissione scritta, via mail o WhatsApp, di una risposta fornita alla donna.



Un esempio che vogliamo citare e che ci dà l'occasione per fare chiarezza è fornito dall'esperienza di tele-supporto portata avanti dal neonatologo dott. Giuseppe Giordano, fin dal 2013 presso gli Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello di Palermo. La consulenza si basa sulle evidenze scientifiche e su protocolli assistenziali accreditati, in risposta a domande poste via mail (Thomas 2012). Il carico di contatti mail è notevole. La popolazione afferente a questo servizio ha nel 60 % dei casi un'età <35 anni, con livello educativo medio alto. Fra i problemi presentati le richieste più frequenti riguardano nel 34 % la gestione dell'allattamento (ingorgo, ragadi, spremitura del latte) e nel 25 % la sicurezza d'uso dei farmaci.

Bisogna però precisare che, non prevedendo un contatto visivo, esperienze di questo tipo, caratterizzate da consulenza asincrona, pur rilevanti per mole di attività, efficacia e gradimento da parte delle donne, non sono oggetto di questo documento.

Un'altra recente esperienza (Tambascia 2024) è stata condotta presso l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), certificata Comunità Amica delle Bambine e dei Bambini (BFCI). I Distretti sanitari di Trieste durante la pandemia sono riusciti a prendere in carico per via telematica una percentuale stabile (attorno al 60%) delle gravide che poi avrebbero partorito nell'unico punto nascita della Provincia di Trieste (Istituto materno-infantile "Burlo Garofolo"). In questo contesto il tele-supporto all'allattamento durante la pandemia ha mostrato di essere uno strumento efficace per mantenere stabile attorno al 51 % negli anni 2019-2021 il tasso di allattamento esclusivo a 4-5 mesi di vita.

### **6.1 Una ricerca qualitativa sul tele-supporto all'allattamento presso le UTIN italiane**

La Commissione sull'Allattamento e sulle Banche del Latte Umano Donato (BLUD) della Società Italiana di Neonatologia d'intesa con la Società Italiana di Neonatologia Infermieristica (SININF) e con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto uno studio di tipo qualitativo con la metodologia del *focus group* (FG) sull'uso del tele-supporto all'allattamento (TSA). E' noto che durante la pandemia da COVID-19 i servizi sanitari hanno avuto serie difficoltà a fornire assistenza in presenza. Di conseguenza si sono sviluppati alcuni servizi di supporto a distanza, anche sull'allattamento.

Il FG consente mediante un confronto interpersonale su un determinato tema di far emergere elementi inconsapevoli, latenti o altrimenti difficilmente verbalizzabili.

L'obiettivo della ricerca era quello di conoscere le attività di tele-supporto all'allattamento prima, durante e dopo la pandemia, i punti critici ed i punti di forza, le strategie messe in campo, le esperienze del personale e delle famiglie ed i suggerimenti forniti dai partecipanti nella prospettiva di futuri sviluppi.

Sono stati organizzati nel maggio 2022 due FG rispettivamente con 11 infermiere di UTIN e con 10 neonatologi (Tavola 2)(Di Nolfi A 2022).

I due focus group sono stati gestiti da due facilitatori (AG e AD) per la durata ciascuno di 90 minuti. La selezione delle/dei partecipanti è stata di convenienza, arruolando individui, omogenei per professione, con vario grado di coinvolgimento e motivazione nei confronti dell'allattamento. Per attivare la discussione nei FG i facilitatori hanno proposto ai partecipanti un questionario semi-strutturato con le 3 domande riportate nella Tavola 3.

Il racconto dei partecipanti ai 2 FG è stato audio-registrato, trascritto, anonimizzato ed analizzato per categorie predefinite così come per categorie emergenti.

I partecipanti hanno descritto i differenti tipi di supporto presenti nei loro ambiti lavorativi e di cui avevano esperienza/conoscenza. Di seguito i commenti emersi in uno dei due FG o in entrambi.

#### *6.1.1 Commenti evidenziati in entrambi i FG (infermieristico e medico)*

- a. Esiste nei Punti Nascita una carenza, preesistente alla pandemia di COVID-19, di un adeguato supporto all'allattamento. Su questo supporto sub-ottimale si sovrappone l'iniziativa di voler fornire un valido tele-supporto all'allattamento, ora da remoto.
- b. In un momento in cui gran parte del personale era coinvolto per l'emergenza COVID-19, l'avvio del tele-supporto ha dovuto fare i conti con la scarsità cronica e congiunturale di risorse umane e materiali. Questo spiega perché durante le fasi iniziali della pandemia, visti i limiti di accesso all'ospedale, in alcuni casi il supporto è stato piuttosto fornito dai servizi territoriali o da volontari "fra pari" utilizzando il collegamento online.
- c. Il contatto da remoto con la diade madre-bambino rende comprensibilmente più difficile comunicare, essere empatici, far passare l'aiuto.

#### *6.1.2 Commenti evidenziati nel FG infermieristico*

- a. Le infermiere (per lo più in servizio presso UTIN) hanno sottolineato come già prima della pandemia vi fosse la consuetudine che l'ospedale si facesse carico (quantomeno telefonico) delle problematiche dei neonati in follow-up lungamente ricoverati nell'UTIN e con le famiglie dei quali si era instaurato un efficace rapporto di interazione. Il supporto all'allattamento risulta inquadrato nell'ambito di forme più generali di assistenza. Con la pandemia questi servizi sono stati però valorizzati e rafforzati nell'assistenza di routine.

## Position Statement sul Tele-supporto all'Allattamento

Tavola 2. Caratteristiche dei partecipanti (infermieri e medici) ai 2 focus group sul tele-supporto all'allattamento

Caratteristiche dei partecipanti	Personale infermieristico (N: 11)(%)	Personale medico (N:10)(%)	Totale (N: 21)(%)
<b>Età</b> <i>Media (min-max)</i>	44 (31-59)	46 (35-61)	45 (31-61)
<b>Sesso</b>			
<i>M</i>	3 (27)		3 (14)
<i>F</i>	8 (72)	10 (100)	18 (86)
<b>Titolo di studio</b>			
<i>Laurea Triennale/Titolo equipollente</i>	7 (64)		7 (33)
<i>Laurea Magistrale</i>	4 (36)		4 (19)
<i>Laurea Magistrale a Ciclo Unico</i>		10 (100)	10 (48)
<b>Professione</b>			
<i>Infermiere/a</i>	7 (64)		7 (33)
<i>Infermiere/a pediatrico/a</i>	3 (27)		3 (14)
<i>Infermiere/a 1 coordinatore/trice</i>	1 (9)		1 (5)
<i>Medico/a</i>		10 (100)	10 (48)
<b>Formazione post-laurea</b>			
<i>Si</i>	7 (64)	10 (100)	17 (81)
<i>No</i>	4 (36)		4 (19)
<b>Tipologia di formazione post-laurea</b>			
<i>Specializzazione</i>		10 (100)	10 (48)
<i>Master</i>	4 (57)	3 (30)	7 (33)
<i>Dottorato</i>		2 (20)	2 (9)
<i>Altro</i>	3 (43)		3 (14)
<b>Tipologia di struttura</b>			
<i>Hub</i>	8 (73)	7 (70)	15 (71)
<i>Spoke</i>		2 (20)	2 (9)
<i>Altro</i>	3 (27)	1 (10)	4 (19)
<b>Tipologia di reparto</b>			
<i>Terapia Intensiva Neonatale</i>	9 (82)	6 (60)	15 (71)
<i>Terapia Sub Intensiva Neonatale</i>	1 (9)		1 (5)
<i>Neonatologia</i>		3 (30)	3 (14)
<i>Altro</i>	1 (9)	1 (10)	2 (9)
<b>Anni di lavoro in ambito sanitario</b>			
<i>Media (min-max)</i>	20 (10-39)	17 (5-28)	19 (5-39)
<b>Anni di lavoro in ambito neonatologico</b>			
<i>Media (min-max)</i>	17 (6-39)	14 (4-28)	16 (4-39)

Tavola 3. Domande poste ai partecipanti d'area neonatologica ai 2 FG

<p>a) Pensi che il tele-supporto rivolto all'allattamento necessiti comunque di almeno un contatto in presenza? oppure "pensi che il tele-supporto possa essere un valido complemento a quanto fatto in presenza?"</p> <p>b) Credi che il tele-supporto possa risultare efficace?</p> <p>c) Credi sia possibile attuare il tele-supporto all'allattamento nella vostra struttura?</p>
---

- b. Il TSA, di cui sicuramente si sente la necessità, deve avere come presupposto una positiva attitudine da parte dello staff nei confronti della presenza dei genitori nelle UTIN. Il genitore, è stato ribadito con forza, non va visto come semplice visitatore né in una UTIN, né nel settore di Rooming-in. Se così non fosse, la telemedicina diventerebbe paradossalmente uno strumento per tollerare e perpetuare la separazione fra genitore e neonato. I padri sono rimasti troppo a lungo esclusi dall'accesso al *rooming-in* dopo fine pandemia. Anche in alcune UTIN la presenza di videocamere che consentono la visione a distanza del neonato da parte dei genitori ha condizionato il procrastinare della riammissione dei genitori nella UTIN.
- c. E' quasi sempre mancata una strutturazione aziendale. L'iniziativa di mettere in atto il tele-supporto è stata perlopiù su base volontaria. Se ne sono occupate soprattutto le ostetriche, meno spesso le infermiere della UTIN, raramente i medici.
- d. Si sarebbero dovuti ottenere dall'amministrazione cellulari e *tablet*. Al contrario, il più delle volte sono stati utilizzati dispositivi personali o acquistati dalle associazioni di genitori collegate alle UTIN. Oltre al TSA *one-to-one* si sono organizzati anche video-meeting in particolare per i genitori di bambini dimessi dalle UTIN.
- e. E' mancata sia una selezione del personale addetto alla tele-medicina sia una conseguente adeguata formazione promossa dalle aziende. Per comunicare da remoto è stato ritenuto sufficiente quanto il personale sanitario aveva appreso frequentando i corsi di counselling dell'OMS sull'allattamento. Non si è tenuto conto del fabbisogno di acquisire nuove competenze per fornire adeguato supporto attraverso i vari (e talora nuovi) dispositivi.
- f. Dove a seguito della pandemia è stato attivato il tele-supporto all'allattamento, lo staff ha dovuto familiarizzare con i dispositivi perlopiù in piena autonomia. Questo aspetto è stato giudicato comunque positivamente, dal momento che la competenza rappresenta un patrimonio, acquisito per durare.
- g. E' sembrato opportuno che, quantomeno per i neonati fisiologici, il TSA fosse a carico dei servizi territoriali. Per fare ciò, si richiede però un'integrazione adeguata fra ospedale e territorio. Questa integrazione implica la necessaria, ma non scontata cessione da parte dell'ospedale di alcune attività al territorio

### 6.1.3 Commenti evidenziati nel FG medico

- a. Anche dove il supporto all'allattamento risultava inadeguato prima della pandemia, sono state comunque intraprese alcune valide iniziative.

- b. Sono state soprattutto le ostetriche ad attivarsi sul tele-supporto, forse anche per il fatto che hanno la professionalità più adeguata per occuparsi di allattamento nel postparto.
- c. Vista la carenza di organico, il personale sanitario, quando impegnato col tele-supporto, lo ha fatto durante l'orario di servizio in aggiunta alle altre prestazioni di routine.

Dai FG è emersa la grande variabilità del servizio di tele-supporto all'allattamento nei diversi Punti Nascita per quanto riguarda le modalità, le tecnologie di comunicazione, la disponibilità dell'offerta. Quest'ultima poteva essere estesa o per finestre d'orario o a contatto concordato o su richiesta o anche più semplicemente nell'ambito di un preesistente programma di follow-up del neonato dimesso dalla UTIN. Eterogenei sono stati anche gli strumenti utilizzati, dal cellulare (di reparto o di un operatore sanitario), al tablet o al computer di reparto.

- *«...Ci siamo attivati telefonicamente i primi giorni (...) però non abbiamo instaurato una vera e propria forma supportata di tele-supporto sistematico, diciamo»;*
- *«messi a disposizione da associazioni dei genitori, che pagano il contratto per avere la possibilità di accedere alla rete»;*
- *«il cellulare era di una dottoressa che ce l'ha regalato e lo usiamo in maniera dedicata»;*
- *«per la connessione, abbiamo il Wi-Fi della Fondazione; anche, per esempio, il telefono dedicato per le videochiamate è della Fondazione»*

L'esperienza degli operatori sanitari è stata positiva sia per la nuova modalità di supporto alle madri, sia per la soddisfazione di notare come ci sia stata una risposta pronta e generosa da parte dello staff nell'organizzazione del servizio su base essenzialmente volontaristica.

- *«Abbiamo imparato a usare il tablet per fare le videochiamate con i genitori che non potevano venire. E questo è rimasto un po' anche adesso...»;*
- *"una grande volontà e una grande iniziativa individuale nel supportare le mamme".*

Allo stesso tempo il personale sanitario ha vissuto con perplessità e qualche timore il passaggio al supporto da remoto.

- *«Un effettivo sostegno dell'allattamento al seno vuole anche la presenza»;*
- *«...c'è il rischio comunque di lasciare fuori chi è la persona fondamentale per la cura [...] perché tutti quando stiamo male abbiamo anche bisogno solo di una mano sulla spalla di chi ci è caro, non solo di chi ci intuba, che ci fa vivere! Quindi a me spaventa l'uso della telemedicina...»*

L'esperienza delle famiglie sul tele-supporto è risultata positiva.

- *«Molto apprezzata dalle mamme, specialmente nella prima parte del lockdown, dove erano veramente sole»;*
- *«...tuttora è un servizio che viene apprezzato dalle mamme che allattano»*

Un particolare aspetto positivo è stato il quasi costante coinvolgimento dei papà (a completare la triade), sempre presente durante il lockdown nelle attività del tele-supporto. Questo non si

è verificato invece per la popolazione straniera, a causa della mancata tempestiva disponibilità da parte dei mediatori culturali.

I partecipanti al FG hanno infine dato alcuni suggerimenti:

- a. rendere il servizio di tele-supporto integrato con quello in presenza.
- b. effettuare un'integrazione col territorio e con le organizzazioni di volontariato, anche in considerazione delle difficoltà di reperimento di risorse umane e dei materiali da dedicare al tele-supporto all'allattamento, una volta passata la situazione di emergenza creatasi con la pandemia da COVID-19.

## **6.2 Survey sul tele-supporto all'allattamento nei Punti Nascita**

La Com.A.SIN ha condotto nell'autunno 2023 (dal 30 ottobre al 18 dicembre 2023) una survey sul tele-supporto all'allattamento, invitando i direttori di 110 UTIN italiane a compilare un questionario spedito via mail (Appendice 1). Nell'ambito di questo studio si intendeva esplorare il tele-supporto all'allattamento, finalizzato ad informare, educare, sostenere le mamme ed i papà da remoto, utilizzando le competenze della comunicazione. Il tele-supporto all'allattamento doveva essere fornito da professionisti/e dei Punti Nascita con UTIN attraverso il ricorso a tecnologie digitali, che consentissero un contatto visivo sincrono.

I risultati si riferiscono a quelli trasmessi da 50 UTIN, che hanno compilato il in maniera appropriata il questionario online (45.4 %).

In nessun Punto Nascita si era effettuato un tele-supporto all'allattamento con contatto visivo sincrono (Figura 1). Nel 30 % dei centri (15/50) si effettuava un tele-supporto in realtà semplicemente telefonico. Nell'8 % dei casi (4/50), pur non fornendo l'ospedale alcun tipo di tele-supporto ospedaliero, la funzione era attiva sul territorio.

## **6.3 L'esperienza milanese**

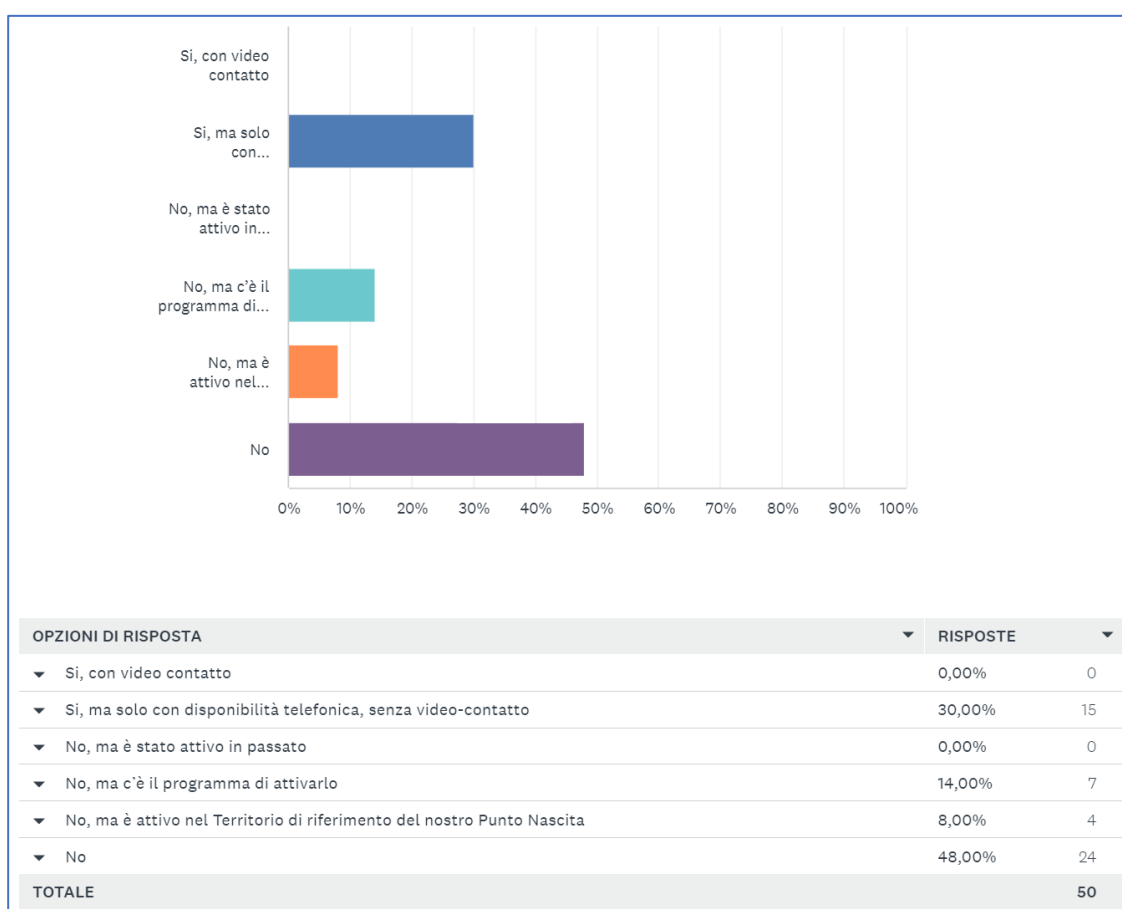
La videochiamata è una soluzione economica, che può essere utilizzata da tutte le madri, purché abbiano a disposizione un telefono abilitato (smartphone).

Per aumentare l'efficienza oltre che l'efficacia del sostegno dell'allattamento a beneficio in prima battuta delle madri primipare o che hanno partorito con cesareo, si può puntare sull'integrazione fra servizi ospedalieri (punto nascita) e territoriali (consultori familiari). Si scopre così che la telemedicina riesce a cambiare non solo la tipologia delle cure erogate, ma anche la relazione tra i professionisti del sistema sanitario e sociosanitario.

Con queste premesse a Milano è stata promossa un'attività di tele-supporto a livello dei Consulenti Familiari dell'ASST FBF Sacco, sotto la guida della dott.ssa Maria Enrica

Bettinelli. A partire dall'esperienza maturata durante la pandemia, il sostegno da remoto utilizza la piattaforma informatica COD20 sia per la gestione dell'allattamento (es. osservazione e valutazione attacco, patologia mammella), sia per fornire informazioni a gruppi di gravide e nei primi anni di vita. E' prevista la possibilità di un invio bidirezionale non solo nel caso di problemi dal territorio al secondo livello ospedaliero, ma anche dall'ospedale al territorio in caso di depressione e disagio mentale per sostegno dell'allattamento e psicologico della puerpera.

Figura 1. Tele-supporto all'allattamento in 50 Punti Nascita italiani con UTIN.



La piattaforma informatica COD20 rende possibile anche la trasmissione di referti e documentazione sanitaria in modalità protetta, nel rispetto della vigente normativa della privacy. Questa piattaforma (vedi il Box 1 per avere informazioni tecniche aggiuntive) è stata adattata a partire dall'estate 2020 per l'utilizzo a livello dei Consultori (Lauria 2020), previa digitalizzazione di tutte le agende di lavoro degli operatori dell'area materno-infantile dei 7

## Position Statement sul Tele-supporto all'Allattamento

Consultori Familiari e previo addestramento di alcuni operatori ospedalieri dei tre punti nascita aziendali (Sacco, Buzzi, Melloni).

Dopo una fase pilota in alcuni consultori, il reale avvio dell'uso della piattaforma si è verificato a partire da febbraio 2021. A supporto di questa transizione gestionale (dall'agenda cartacea a quella digitale), sono stati effettuati vari incontri online (presentazione dell'ambiente virtuale, utilizzo agenda per consulenze allattamento, utilizzo agenda per i gruppi). Indispensabile è stato il supporto di una project manager, che ha aiutato gli operatori a comprendere le potenzialità del sistema e ha ascoltato le criticità emerse dall'uso favorendo l'adattamento a livello consultoriale di una piattaforma a partenza ospedaliera.

### Box 1. La piattaforma tecnologica COD20

La COD20 (acronimo che sta per Cure Ospedaliere Domiciliari) è una piattaforma dedicata e modulabile per vari setting di cura. <https://www.cod20.it/>

E' una progettualità dell'Università degli Studi di Milano, sviluppata da Link up e rappresenta l'evoluzione di una precedente versione del "Centro operativo dimessi per COVID "(Cod19) promosso nel marzo del 2020 dal preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Statale di Milano, Prof. Gian Vincenzo Zuccotti (Zuccotti 2020).

Questa piattaforma integra servizi pubblici ospedalieri con quelli territoriali, tra cui anche gli ambulatori della medicina di famiglia. Attualmente è in uso presso l'ASST Fatebenefratelli Sacco e ASST della Valtellina e dell'Alto Lario.

Permette agli operatori di erogare agli utenti prestazioni da remoto (televisite/monitoraggi/consulti), con ricadute su tempistiche, organizzazione e accesso alle cure.

Non si usano App, né serve una registrazione su portale: il sistema è accessibile via browser su qualsiasi dispositivo. La valutazione e le consultazioni avvengono da remoto, come pure le ricette emesse con le prescrizioni dello specialista e i referti, che possono essere consultati nel dossier medico creato dal paziente o nel fascicolo sanitario elettronico.

Lo specialista può, in seguito alle valutazioni effettuate, stabilire una visita dal vivo in caso di bisogno. Il referto della visita, così come gli esami e le prescrizioni farmacologiche possono essere scaricati sia dal dossier creato dal paziente sulla piattaforma, sia dal fascicolo sanitario elettronico; il paziente interagisce inoltre inviando esami e referti.

Il servizio COD-20 prevede un'automazione e semplificazione del processo di prenotazione visita, che avviene tramite integrazione col Centro Unico Prenotazioni (CUP) regionale.

Il progetto, denominato *Telelactation*©, ha ottenuto un notevole gradimento da parte delle madri, in particolare quelle più lontane dai servizi, e da parte degli operatori, soprattutto più giovani.

Nel 2022, in aggiunta ad oltre 1500 visite domiciliari sono state seguite da remoto più di 500 puerpere, che erano impossibilitate a ricevere la visita a casa.

Attualmente la videochiamata è divenuta un'attività complementare a quella in presenza e si rivela utile soprattutto in caso di follow up di situazioni già note o di indisponibilità della madre a raggiungere il servizio.



## **7. Normative e finanziamenti**

Dopo le indicazioni operative fornite dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS 2020) per l'utilizzo di sistemi digitali in corso di epidemia da SARS-CoV-2, con notevole rapidità sono state emanate leggi, regolamenti e linee di indirizzo di livello nazionale e regionale per facilitare il rimborso delle prestazioni, favorire l'accesso virtuale ai servizi, spingere la transizione all'uso della tecnologia e superare l'inerzia di fronte ai nuovi aspetti organizzativi.

Nel 2020 sono state quindi approvate le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" (Conferenza Stato Regioni 2020), alle quali hanno fatto seguito nel 2022 due Decreti ad hoc del Ministro della Salute e del Ministro dell'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale (Ministero della Salute 21 settembre 2022; 30 settembre 2022), che hanno emanato le Linee Guida per i servizi di telemedicina, i requisiti funzionali, i professionisti coinvolti (medici, infermieri ed altro personale sociosanitario), le competenze richieste ed i bisogni formativi da parte dell'operatore sanitario e del paziente. Sono state anche formalizzate alcune tipologie di prestazioni sanitarie: la tele-visita (in particolare per le visite di controllo), la tele-assistenza ed il teleconsulto, prevedendo anche la tele-refertazione.

Nell'ambito della Missione 6 Salute, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR 2022), alla telemedicina è riconosciuto un ruolo centrale nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale centrata sulla persona; viene inoltre prevista la costruzione di una piattaforma nazionale di telemedicina, la cui progettazione, realizzazione e gestione è demandata all'Agenas.

Conseguentemente, sono stati approvati finanziamenti *ad hoc* per la piattaforma nazionale di telemedicina e per le Centrali Operative Territoriali (COT)(una per ogni distretto) al fine di superare la disomogeneità nell'offerta delle prestazioni e dell'assistenza tra le diverse aree territoriali, come risulta dalla mappatura nazionale (Ministero della Salute 2022, 2023).

A livello nazionale sono state inoltre approvate nel 2021 anche le "Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie" (Conferenza Stato-Regioni 2021). Questo documento fornisce indicazioni riguardanti le prestazioni di tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie, nonché i servizi che possono derivare dalla combinazione delle suddette prestazioni tra loro e con altri professionisti sanitari.

## **8. Aspetti medico-legali**

Secondo l'Art 7, comma 2 della Legge 24/2017 (la cosiddetta Legge Gelli-Bianco) la struttura sanitaria risponde anche per le «prestazioni sanitarie svolte...attraverso la telemedicina». Alle attività in telemedicina si applicano quindi tutte le norme legislative e deontologiche proprie

delle professioni sanitarie. L'attività di telemedicina per gli operatori sanitari implica l'assunzione della piena responsabilità professionale come per ogni altro atto sanitario condotto nell'esercizio della propria professione, tenendo conto della corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati (Conferenza Stato Regioni 2020).

Va anche ricordato che le assicurazioni sanitarie non coprono dai rischi collegati a difetto di hardware/software e le produzioni frutto di intelligenza artificiale (AI).

## **9. Organizzazione del tele-supporto da remoto**

I bambini, le loro madri e le famiglie meritano la migliore cura possibile. Offrire quindi servizi a supporto dell'allattamento da remoto, anche se può risultare difficile, rappresenta una scelta obbligata in situazione di emergenza come di recente avvenuto durante la pandemia da COVID19. L'assistenza da remoto va considerata, ovviamente, una modalità complementare all'incontro in presenza, facilitando il follow up e comunque incontrando solitamente il favore dei genitori.

Il colloquio da remoto, per risultare efficace, va pianificato in modo sistematico. Risulta utile a tale proposito far riferimento a quanto indicato in un documento redatto dall'UNICEF-UK (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/guidance-documents/>), che è stato adattato alla situazione italiana e che di seguito sintetizziamo con integrazioni.

### **9.1 Indicazioni pratiche su come impostare un colloquio di counselling da remoto**

#### **9.1.1 Prepararsi alla consulenza da remoto**

- Concordare un appuntamento con la madre e, se possibile, valutare la sua storia di allattamento prima della conversazione, per esempio rivedendo la documentazione in nostro possesso o chiedendo l'invio di video.
- Stabilire e concordare con la madre il tempo di chiamata massimo possibile sulla base dell'organizzazione assistenziale della U.O. di appartenenza.
- Pianificare (quindi ritagliarsi e, per quanto possibile, garantirsi) il tempo assistenziale necessario per condurre la chiamata fino a completamento.
- Durante la videochiamata avere a disposizione e dimestichezza d'uso degli strumenti di valutazione adeguati, come, ad esempio, le curva di crescita, le checklist essenziali (per la valutazione della poppata o quelle prenatali), i protocolli essenziali per affrontare i più comuni problemi che la madre potrebbe presentare (ingorgo e mastite, capezzoli irritati o

con ragadi o sanguinanti, dubbi sulla produzione di latte e sulla crescita del bambino, rifiuto del bambino ad alimentarsi, presenza di frenulo corto linguale).

- Verificare e garantire una connessione stabile per tutta la durata della conversazione.
- Effettuare la videochiamata in un ambiente che mantenga la riservatezza della madre e privacy.
- Inviare alla madre il modulo della privacy aziendale, concordato col responsabile aziendale della protezione dati (DPO).

### **9.1.2 Durante la videochiamata**

- Presentarsi e chiedere conferma alla madre del consenso per effettuare la consulenza.
- Illustrare alla madre qual è il tempo a disposizione e offrire un follow-up, se possibile e/o necessario.
- Utilizzare una sequenza di domande adeguata come guida nella consulenza ed una scheda di valutazione dell'allattamento (es. numero e durata delle poppate, numero delle evacuazioni, diuresi, dolore durante la poppata, attitudine di partner e familiari di fronte all'allattamento).
- Sostenere la madre ascoltando, chiedendo chiarimenti, ponendo delicatamente ulteriori domande, esponendo quanto si è compreso della situazione e fornendo indicazioni come richiesto.
- Se non si è sicuri di una situazione o non si è in grado di rispondere ad una domanda (ad es. uso di un farmaco in allattamento), comunicarlo alla madre e poi approfondire con chi è esperto e richiamare la madre.
- Prima di terminare la consulenza, chiedere alla madre se ha altre domande e offrire supporto di follow-up e/ o indirizzarla ad altre risorse.

### **9.1.3 Dopo la videochiamata**

- Effettuare eventuali invii appropriati se richiesti.
- Se necessario, assicurarsi che il successivo contatto di follow-up sia pianificato con data e ora.
- In linea con le linee guida aziendali
  - operare nel rispetto dei requisiti privacy del GDPR (garante per la protezione dei dati personali; <https://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>)
  - indirizzare opportunamente la donna, se si sono evidenziati problemi di tutela della sua salute;
  - registrare per iscritto i dati essenziali della conversazione ed aggiornare l'eventuale scheda sanitaria.

## 9.2. La piattaforma aziendale

In base alla normativa vigente la telemedicina deve utilizzare una piattaforma approvata dall'azienda e che garantisca la privacy della conversazione e l'identificazione degli operatori sul servizio, con possibilità di attivare anche una seconda opinione in situazioni particolarmente complesse.

Anche il servizio di tele-supporto all'allattamento dovrebbe appoggiarsi alla piattaforma aziendale, anche se i contenuti da trasmettere in entrambi le direzioni fra operatore sanitario e mamma sono di limitata complessità tecnologica ed informatica.

Nel caso una piattaforma non fosse disponibile per una gestione aziendale delle consulenze da remoto, comunque resta comunque fondamentale documentare l'assistenza fornita (mediante registro apposito), tutelare la privacy e rendere possibile l'identificazione dell'operatore sanitario. Una seconda opinione può rendersi necessaria anche in caso di tele-supporto all'allattamento, come il coinvolgimento del senologo in caso di sospetto ascesso mammario.

## 10. Position Statement della SIN sul supporto all'allattamento da remoto

Premesso che:

- Gli organismi internazionali che si occupano di salute (WHO, UNICEF) sottolineano l'importanza del supporto all'allattamento, da associare alla sua protezione e promozione (<https://www.who.int/westernpacific/activities/protecting-supporting-and-promoting-breastfeeding>), riconoscono il valore della telemedicina (WHO 1997, 2026) ed in particolare del tele-supporto all'allattamento (<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/guidance-documents/>; UNICEF-UK 2020).
- Il tele-supporto all'allattamento è una metodologia assistenziale efficace, con buon rapporto costi/benefici, gradita dall'utenza, diffusasi nel corso della pandemia di COVID-19, ma appropriata anche al di fuori di situazioni d'emergenza.
- La normativa italiana recente ha definito i fabbisogni funzionali della telemedicina e le tipologie dell'offerta assistenziale (in particolare la tele-visita ed il tele-consulto), ma a tutt'oggi manca la prevista organizzazione regionale e la disponibilità di piattaforme dedicate alla telemedicina.
- Per la popolazione dei neonati-lattanti fisiologici, sono le strutture sanitarie territoriali ad avere il mandato istituzionale di supportare più direttamente ed in prima battuta l'allattamento, anche da remoto, garantendo la continuità di cure fra gravidanza e

postparto. I reparti di Ostetricia e di Neonatologia, se ed ove ritenuto opportuno, possono integrarsi con le strutture territoriali nell'organizzazione e nella gestione del tele-supporto all'allattamento.

- Dev'essere invece l'Ospedale dotato di UTIN ad avere la funzione di fornire un tele-supporto all'allattamento per i neonati con bisogni speciali nell'ambito delle esistenti attività di follow-up.

Considerato che:

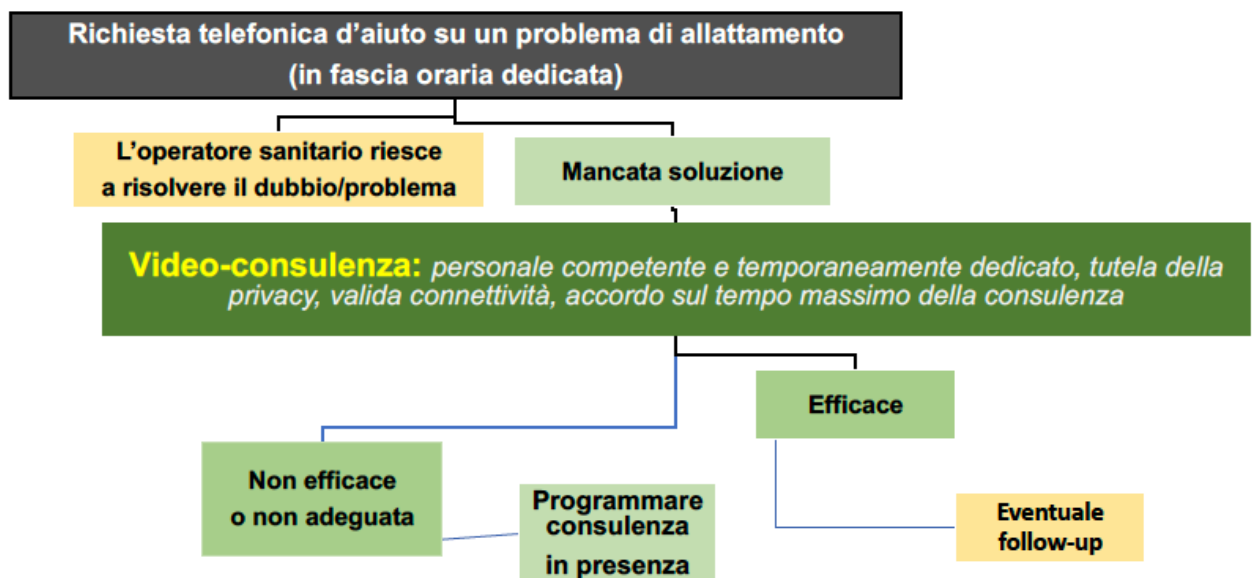
- Manca in Italia un censimento preciso delle attività di tele-supporto all'allattamento.
- E' comunque nota l'esistenza di iniziative sanitarie ospedaliere e territoriali (in particolare facilitate dall'Iniziativa Ospedale Amico del Bambino), che si aggiungono a quelle da molto tempo consolidate delle consulenti in allattamento volontarie (LLLI) e professionali (IBCLC).
- Dalla Survey 2023 condotta dalla Com.A.SIN sulle UTIN italiane risulta che il supporto da remoto all'allattamento si esplica attualmente come semplice contatto telefonico senza video-contatto.
- Risulta di conseguenza opportuno, nel caso di un'eventuale implementazione di attività di tele-supporto da parte delle Neonatologie e delle UTIN italiane, fornire alcune semplici e sintetiche indicazioni, basate sia sulle evidenze scientifiche prodotte dalla SIN (Focus Group 2022 e Survey nelle UTIN 2023), sia sulle esperienze e sulle ricerche dell'UNICEF-UK.

La SIN, limitatamente al tele-supporto individuale all'allattamento, fornisce le seguenti indicazioni:

1. Il contatto telefonico con l'utente resta la prima modalità di supporto all'allattamento e può consentire un triage per la programmazione di una videochiamata di supporto, se possibile anche nella stessa giornata (Figura 2).
2. La videochiamata di supporto all'allattamento può essere utilizzata dove non sia possibile avere una consulenza di persona o comunque in tempi brevi e può portare ad una selezione delle situazioni che richiedono una visita in persona (per esempio per le donne con richieste di aiuto complesse).
3. La videochiamata richiede un'organizzazione specifica che prevede:

- a. l'impiego di personale specificamente competente (formato e/o con esperienza specifica adeguata) e dedicato, quantomeno per fascia d'orario, all'attività di tele-supporto,
- b. la verifica di una stabile connettività,
- c. la pianificazione di ogni singolo incontro, concordando con la mamma il tempo massimo a disposizione,
- d. le modalità adeguate di conduzione dell'incontro da remoto,
- e. la tutela della privacy,
- f. la definizione di un eventuale follow-up e/o invio a specialista (per esempio senologo)
- g. un'annotazione su registri informatizzati o cartacei degli elementi essenziali della videochiamata, inclusa l'identificazione dell'operatore sanitario.

Figura 2. Tele-supporto all'allattamento: una possibile flow chart operativa



## 11. Bibliografia

- Bird K. *Telemedicine; concept and practice*. Springfield, Illinois: Thomas, 1975
- Chua CMS, Mathews J, Ong MSB, Liew KK, Shorey S. Use of tele-lactation interventions to improve breastfeeding outcomes among mothers: A mixed-studies systematic review. *Women Birth*. 2023 May;36(3):247-256. doi: 10.1016/j.wombi.2022.06.011. Epub 2022 Jul 2. PMID: 35792035.
- Chuo J, Chandler A, Lorch S. Evaluating Neonatal Telehealth Programs Using the STEM Framework. *Semin Perinatol*. 2021 Aug;45(5):151429. doi: 10.1016/j.semperi.2021.151429. Epub 2021 Apr 5. PMID: 33994012; PMCID: PMC8693890.
- Chuo J, Makkar A, Machut K, Zenge J, Jagarapu J, Azzuqa A, Savani RC. Telemedicine across the continuum of neonatal-perinatal care. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2022 Oct;27(5):101398. doi: 10.1016/j.siny.2022.101398. Epub 2022 Oct 29. PMID: 36333212; PMCID: PMC9623499.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. 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 tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie". Accordo in Conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2021 (Repertorio Atti n. 231/CSR). <https://www.statoregioni.it/media/4271/p-1-csr-atto-rep-n-231-18nov2021.pdf>
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR) . <https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>
- Curfman A, McSwain SD, Chuo J, Yeager-McSwain B, Schinasi DA, Marcin J, Herendeen N, Chung SL, Rheuban K, Olson CA. Pediatric Telehealth in the COVID-19 Pandemic Era and Beyond. *Pediatrics*. 2021 Sep;148(3):e2020047795. doi: 10.1542/peds.2020-047795. Epub 2021 Jul 2. PMID: 34215677; PMCID: PMC8669573.
- Curfman AL, Hackell JM, Herendeen NE, Alexander JJ, Marcin JP, Moskowitz WB, Bodnar CEF, Simon HK, McSwain SD; SECTION ON TELEHEALTH CARE, COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE, COMMITTEE ON PEDIATRIC WORKFORCE. Telehealth: Improving Access to and Quality of Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2021 Sep;148(3):e2021053129. doi: 10.1542/peds.2021-053129. PMID: 34462339; PMCID: PMC9633975.
- Demirci J, Kotzias V, Bogen DL, Ray KN, Uscher-Pines L. Telelactation via Mobile App: Perspectives of Rural Mothers, Their Care Providers, and Lactation Consultants. *Telemed J E Health*. 2019 Sep;25(9):853-858. doi: 10.1089/tmj.2018.0113. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30212280; PMCID: PMC6748400.
- Di Nolfi A, Zambri F, Gabriella Tambascia G, Davanzo R, Pisano D and Giusti A. The use of breastfeeding tele-support service (BTS) in pre-pandemic and pandemic period: a qualitative study. Abstract n°38 at the 8<sup>th</sup> ABM/EABM European Regional Conference May 11–13, 2023 Split, Croatia. *Breastfeeding Medicine*. Published Online: 17 May 2023
- Esposito S, Rosafo C, Antodaro F, Argentiero A, Bassi M, Becherucci P, et al.. Utilizzo dei sistemi sanitari di telemedicina nell'assistenza in età pediatrica: stato attuale e priorità di sviluppo a breve-medio termine. Documento di consenso di SIT, SIPPSS, SICuPP, SITIP, SIMEUP, SIAIP, SIMPe, FIMP, SIMPeF <https://www.sipps.it/attivita-editoriale/consensus/utilizzo-dei-sistemi-sanitari-di-telemedicina-nellassistenza-in-eta-pediatrica-stato-attuale-e-priorita-di-sviluppo-nel-breve-medio-termine/>
- Esposito S, Rosafo C, Antodaro F, Argentiero A, Bassi M, Becherucci P, et al.. Use of Telemedicine Healthcare Systems in Pediatric Assistance at Territorial Level. Consensus Document of the Italian Society of Telemedicine (SIT), of the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics (SIPPS), of the Italian Society of Pediatric Primary Care (SICuPP), of the Italian Federation of Pediatric Doctors (FIMP) and of the Syndicate of Family Pediatrician Doctors (SIMPeF). *J Pers Med*. 2023 Jan 22;13(2):198. doi: 10.3390/jpm13020198. PMID: 36836432; PMCID: PMC9964859.
- Esposito S, Rosafo C, Antodaro F, Argentiero A, Bassi M, Becherucci P, et al. Use of Telemedicine Healthcare Systems in Children and Adolescents with Chronic Disease or in Transition Stages of Life: Consensus Document of the Italian Society of Telemedicine (SIT), of the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics (SIPPS), of the Italian Society of Pediatric Primary Care (SICuPP), of the Italian Federation of Pediatric Doctors (FIMP) and of the Syndicate of Family Pediatrician Doctors (SIMPeF). *J Pers Med*. 2023 Jan 28;13(2):235. doi: 10.3390/jpm13020235. PMID: 36836469; PMCID: PMC9965862.
- Ferraz Dos Santos L, Borges RF, de Azambuja DA. Telehealth and Breastfeeding: An Integrative Review. *Telemedicine and e-Health* 2020 Jul;26(7):837-846. doi: 10.1089/tmj.2019.0073. Epub 2019 Oct 18. PMID: 31633467.
- Friesen CA, Hormuth LJ, Petersen D, Babbitt T. Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *J Hum Lact*. 2015 Nov;31(4):595-9. doi: 10.1177/0890334415601088. Epub 2015 Aug 21. PMID: 26297347.
- Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, Murad A, & Mcfadden A. (2022). Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 18(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.13296>
- Grubestic TH, Durbin KM. The complex geographies of tele-lactation and access to community breastfeeding support in the state of Ohio. *PLoS One*. 2020 Nov 24;15(11):e0242457. doi: 10.1371/journal.pone.0242457. PMID: 33232335; PMCID: PMC7685454
- Habibi MF, Springer CM, Spence ML, Hansen-Petrik MB, Kavanagh KF. Use of Videoconferencing for Lactation Consultation: An Online Cross-Sectional Survey of Mothers' Acceptance in the United States. *J Hum Lact*. 2018 May;34(2):313-321. doi: 10.1177/0890334417711385. Epub 2017 Jun 13. PMID: 28609143.
- Hubschman-Shahar LE. Lactation Telehealth in Primary Care: A Systematic Review. *Breastfeed Med*. 2022 Jan;17(1):6-21. doi: 10.1089/bfm.2021.0105. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34534013
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020. Gabbrielli F, Capello F,

## Position Statement sul Tele-supporto all'Allattamento

- Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M 2020, 39 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020. [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+60\\_2020.pdf](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+60_2020.pdf)
21. Kapinos K, Kotzias V, Bogen D, Ray K, Demirci J, Rigas MA, Uscher-Pines L. The Use of and Experiences With Telelactation Among Rural Breastfeeding Mothers: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2019 Sep 3;21(9):e13967. doi: 10.2196/13967. PMID: 31482848; PMCID: PMC6751090
  22. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Donati S, Gruppo di lavoro CF e COVID-19. Il consultorio familiare per la tutela e promozione della salute dei singoli e delle comunità: una riflessione ai tempi del Coronavirus. *Epidemiologia & Prevenzione* 2020, 44 (5-6), settembre-dicembre Suppl 2, p. 374-379; DOI: <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.140>
  23. Ministero della Salute, 2022. Telemedicina: la mappatura nazionale. <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2515&area=eHealth&menu=telemedicina>
  24. Ministero della Salute. Comunicato 11 dell'8 marzo 2023. Telemedicina, firmato contratto per servizi piattaforma nazionale [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_4\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=5931](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=5931)
  25. Ministro della Salute e del Ministro Delegato per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale, Decreto del 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184) (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2022)
  26. Ministro della Salute e del Ministro Delegato per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale, Decreto del 30 settembre 2022. Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. 22A07125)(GU Serie Generale n.298 del 22-12-2022)
  27. Miremberg H, Yirmiya K, Rona S, Gonen N, Marom O, Pohl A, Kovo M, Bar J, Weiner E. Smartphone-based counseling and support platform and the effect on postpartum lactation: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2022 Mar;4(2):100543. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100543. Epub 2021 Dec 4. PMID: 34871782
  28. Miyawaki A, Tabuchi T, Ong MK, Tsugawa Y. Age and Social Disparities in the Use of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic in Japan: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021 Jul 23;23(7):e27982. doi: 10.2196/27982. PMID: 34259641; PMCID: PMC8315162.
  29. PNRR Salute. Casa come primo luogo di cura e telemedicina. 28 aprile 2022. <https://www.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5803&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>
  30. Shaver J. The State of Telehealth Before and After the COVID-19 Pandemic. *Prim Care*. 2022 Dec;49(4):517-530. doi: 10.1016/j.pop.2022.04.002. Epub 2022 Apr 25. PMID: 36357058; PMCID: PMC9035352.
  31. Tambascia G, Sola MV, Marocco S, Lazzarini M. Online care helped to maintain breastfeeding support during the COVID-19 pandemic in an Italian Baby Friendly Community. *Acta Paediatr*. 2024 Feb;113(2):247-248. doi: 10.1111/apa.17019. Epub 2023 Oct 27. PMID: 37888863
  32. Thomas JR, Shaikh U. Use of electronic communication by physician breastfeeding experts for support of the breastfeeding mother. *Breastfeed Med*. 2012 Dec;7(6):393-6. doi: 10.1089/bfm.2011.0133. Epub 2012 May 21. PMID: 22612624.
  33. UNICEF Guidance sheets for providing remote care supporting health professionals during Covid-19. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/guidance-documents/>
  34. UNICEF. Infant feeding care during COVID-19. Initial findings from Survey #1. May 2020. <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Summary-of-results-1-and-2-Infant-feeding-during-Covid-19.pdf>
  35. Uscher-Pines L, Mehrotra A, Bogen DL. The emergence and promise of telelactation. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Aug;217(2):176-178.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.043. Epub 2017 May 6. PMID: 28483569.
  36. WHO Group Consultation on Health Telematics. *A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health-For-All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 1997. [(accessed on 21 April 2024)]. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857> [Google Scholar]
  37. WHO. Monitoring and Evaluating Digital Health interventions: A Practical Guide to Conducting Research and Assessment. Geneva: World Health Organization 2016. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252183/9789241511766-eng.pdf?sequence=1>
  38. Zuccotti, G.V.; Bertoli, S.; Foppiani, A.; Verduci, E.; Battezzati, A. COD19 and COD20: An Italian Experience of Active Home Surveillance in COVID-19 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6699. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186699>



## 12. Appendice 1. Survey sul tele-supporto nelle UTIN italiane.

### Questionario (versione del 12 ottobre 2023)

**Premessa:** per **“tele-allattamento”** intendiamo la modalità effettuata di sostegno a distanza (tele-sostegno) all'allattamento da parte di professionisti/e attraverso il ricorso a tecnologie digitali (che prevedono un contatto video) che consentano di informare, educare, sostenere le mamme ed i papà da remoto, utilizzando adeguate competenze della comunicazione.

1) È attivo presso il tuo Centro un servizio di tele-sostegno per l'allattamento?

- a) Sì, con video contatto
- b) Sì, ma solo con disponibilità telefonica, senza video-contatto
- c) No, ma è stato attivo in passato
- d) No, ma c'è il programma di attivarlo
- e) No, ma è attivo nel Territorio di riferimento del nostro Punto Nascita
- f) No

Alle domande seguenti si accede solo se si risponde a) alla domanda 1.

Negli altri casi si risponde solo alle domande 19 e 20.

2) Il tuo servizio di tele-sostegno per l'allattamento è stato attivato:

- a) prima della pandemia da COVID-19
- b) durante la fase acuta della pandemia da COVID-19 ed è ancora attivo
- c) durante la fase acuta della pandemia da COVID-19, ma ora non è più attivo
- d) dopo la fine della fase acuta della pandemia da COVID-19

3) Presso il tuo Centro, chi può/poteva accedere al servizio di tele-sostegno all'allattamento?

- a) le mamme
- b) le mamme e i partner
- c) le mamme, i partner e i nonni
- d) le mamme, i partner, i nonni, i sanitari

4) Specificare quali sono/erano le modalità, che permettono/permettevano l'accesso (è possibile dare più di 1 risposta)

- a) Richiesta della famiglia
- b) Richiesta del personale territoriale (consultori, PLS, ecc...)
- c) Richiesta del personale ospedaliero

5) Che tipo di tecnologia viene/veniva prevalentemente utilizzata?

- a) Piattaforma aziendale ad uso esclusivo della Neonatologia
- b) Piattaforma aziendale condivisa con altri servizi aziendali
- c) Video-meeting dal computer di reparto mediante piattaforma privata (a tipo Zoom o simili)
- d) Video meeting dal computer personale
- e) Video chiamata mediante smartphone aziendale
- f) Video chiamata mediante smartphone personale
- g) Altro, specificare

6) Se hai risposto a) o b) alla domanda 5, (uso di piattaforma aziendale), è stata richiesta l'approvazione del DPO aziendale (*Data Protection Officer*, ossia del responsabile protezione dei dati)?

- a) Sì
- b) No
- c) Non so

7) Il personale che gestisce/gestiva il tele-sostegno ha effettuato una specifica formazione per la gestione del counseling on line della diade madre-bambino e della famiglia?

- a) Sì, organizzato dall'azienda sanitaria
- b) Sì, organizzato con le risorse della neonatologia
- c) No, perché è stata ritenuta adeguata la formazione precedente
- d) No

## Position Statement sul Tele-sostegno all'Allattamento

8) Qual è/era il profilo professionale degli operatori coinvolti in questa attività? (Sono possibili anche risposte multiple)

- a) Ostetrica/o
- b) Infermiera/e
- c) Infermiera/e pediatrica/o
- d) Neonatologa/o
- e) Pediatra
- f) Volontaria
- g) Altro; specificare:

9) Si tratta di personale dedicato esclusivamente al servizio di tele-sostegno all'allattamento?

- a) Sì
- b) No, dedicato a tempo parziale

10) Qual è/era la fascia di accessibilità al servizio nell'arco delle 24 h?

- a) 24/24 h
- b) 12 - 24 h
- c) 2 - 12 h
- d) < 2 h
- e) Nessuna fascia dedicata; si concorda/concordava di volta in volta un appuntamento

11) In quali giorni della settimana è/era disponibile il servizio?

- a) 7 giorni su 7
- b) Dal lunedì al venerdì
- c) Solo in certi giorni della settimana

12) La tua Azienda riconosce la prestazione on line di tele-sostegno all'allattamento?

- a) Sì, nell'ambito dell'orario di lavoro
- b) Sì, al di fuori dell'orario di servizio, come straordinario
- c) No

13) Sapresti stimare quanta dell'attività dedicata al sostegno all'allattamento viene svolta attualmente con contatto video nel tuo Centro?

- a) <10%
- b) 10-20 %
- c) >20 %

14) Hai documenti descrittivi relativi al tuo servizio di tele-sostegno?

- a. Sì
- b. No

15) Se hai risposto Sì alla domanda 14, ti preghiamo di trasmettercene una selezione, che tu giudichi essenziale e significativa.

**CARICAMENTO PDF O WORD**

16) Negli ultimi 12 mesi, in caso di problematiche con l'allattamento riscontrate alla visita di dimissione del neonato avete offerto il tele-sostegno nell'ambito del *follow-up*?

- a. Sì
- b. No

17) Fai/facevi in modo di integrare questo servizio di tele-sostegno con l'assistenza fornita alla coppia madre-bambino sul Territorio?

- a. No; abbiamo agito in autonomia perché non ci sono noti i riferimenti sulle risorse territoriali per il sostegno all'allattamento
- b. No; abbiamo agito in autonomia perché non sono disponibili risorse territoriali per il sostegno all'allattamento
- c. sì

17 bis) Se hai risposto "sì" alla precedente domanda, quale figura territoriale ha fornito una continuità assistenziale? (possibile dare più di una risposta)

- a) Consultorio Familiare
- b) Pediatra di Libera Scelta
- c) Consulente volontaria in allattamento (La Leche League)
- d) *peer counsellor* per l'allattamento (consulenti fra pari, gruppi di donne competenti all'aiuto sull'allattamento)
- e) altra figura; specificare quale:...

## Position Statement sul Tele-supporto all'Allattamento

18) Avete identificato delle criticità nel vostro servizio di tele-sostegno all'allattamento?

- a. Sì
- b. No, non sono state identificate particolari criticità

Se hai risposto sì alla precedente domanda, quali sono le criticità riscontrate?

(possibile dare più di 1 risposta)

- a) Sì: problematiche di funzionalità tecnica della piattaforma
- b) Sì: scarso segnale di campo della zona in cui si opera
- c) Sì, difficoltà della madre a mantenere una costante attenzione (disturbo ambientale, rumori, interferenze da parte di familiari)
- d) Sì: abbiamo incontrato difficoltà a gestire un gruppo di mamme online, piuttosto che in presenza
- e) Sì: con tale modalità non siamo riusciti a informare, educare e sostenere le mamme/famiglie in modo efficace
- f) Sì, altro specificare

19) In che Regione è situato il tuo Centro?

*Lista delle regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano*

20) Quanti nati/anno ci sono nel tuo Centro?

- a. <1000
- b. 1000-2000
- c. >2000
- d.