

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

**DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO
ALLA INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI
ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA**

Bologna 26 Ottobre 2016

L'ASSISTENZA AL PUERPERIO

Silvana Borsari e Sonia Gilioli (AUSL di Modena)

assistenza al puerperio: le priorità di intervento*

Preferibilmente prima della nascita, o il più presto possibile dopo parto, bisognerebbe predisporre insieme alla donna **un piano per l'assistenza al puerperio, in modo documentato e individualizzato.**

Questo dovrebbe includere:

- fattori rilevanti emersi durante la gravidanza e il parto, ma anche nel post partum
- caratteristiche degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alla madre e al bambino, inclusi i loro ruoli e recapiti
- questo piano deve essere rivisto a ogni incontro.

***Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

assistenza al puerperio: le priorità di intervento*

- Dovrebbero esserci protocolli locali sulla comunicazione scritta, in particolare sul passaggio dell'assistenza fra i settori clinici e i diversi professionisti coinvolti. Tali protocolli dovrebbero essere soggetti ad audit.
- Le donne dovrebbero ricevere informazioni adeguate e tempestive che le rendano in grado di promuovere la propria salute e il proprio benessere e quello del bambino e di riconoscere e risolvere i problemi.
- Al primo incontro durante il puerperio le donne dovrebbero ricevere informazioni sui segni e i sintomi delle condizioni potenzialmente letali e su come eventualmente contattare l'operatore sanitario di riferimento o il servizio di pronto soccorso in caso di necessità

***Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

assistenza al puerperio: le priorità di intervento*

Tutti gli operatori del settore materno-infantile (sia che lavorino in ospedale sia nell'assistenza primaria) dovrebbero implementare un programma strutturato e basato su prove di efficacia che promuova l'allattamento al seno.

Durante il puerperio ogni incontro dovrebbe essere un'occasione per valutare il benessere emotivo, il supporto sociale e familiare e le strategie abituali di gestione delle attività quotidiane. Le donne e i loro familiari dovrebbero essere incoraggiati a chiamare il proprio operatore sanitario di riferimento per qualsiasi cambio d'umore, stato emotivo o comportamento inusuale per la donna.

Durante il puerperio ogni incontro dovrebbe offrire ai familiari informazioni e suggerimenti per renderli in grado di:

- valutare le condizioni generali del bambino
- identificare segni e sintomi di problemi di salute comuni nei bambini
- contattare, se necessario, un operatore sanitario o il servizio di emergenza.

***Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

PROPOSTE MODALITA' DI DIMISSIONE OSPEDALIERA IN PUERPERIO*

L'autonomia ostetrica non si manifesta in un percorso alternativo ma come corpus di contenuti assistenziali da fornire a tutte le donne, integrato da quelli del medico nei casi opportuni.

- A) Dimissione per assistenza ostetrica di base in Puerperio, per tutte le puerpere: Lettera di dimissione ostetrica e Chiusura SDO del medico
- B) Dimissione per assistenza integrativa al puerperio per le condizioni di scostamento dalla fisiologia con coinvolgimento delle competenze diagnostico terapeutiche mediche con diversa intensità, per complicanze del puerperio possibili o presenti:
 - B1) Dimissione condivisa in puerperio: Lettera di dimissione ostetrica, integrata da indicazioni diagnostico/terapeutiche del medico, Chiusura SDO del medico
 - B2) Dimissione per assistenza integrativa medica in puerperio: Lettera di dimissione ostetrica, lettera di dimissione medica, Chiusura SDO del medico .

Profili assistenziali proposti per puerperio ospedaliero

| ABO | ABOM* | AGI-AGIM |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">fisiologia: ABO puerperio a conduzione ostetrica | <ul style="list-style-type: none">rischio contenuto: puerperio a conduzione ostetrica secondo protocollo condiviso di U.O. | <ul style="list-style-type: none">rischio presente ed elevato: puerperio con assistenza di base ostetrica e gestione medica/multispecialistica integrata anche con sociale |

*Da concordare con protocolli condivisi all'interno di ogni singola unità operativa

Check list per profilo assistenziale puerperio
ospedaliero –bozza AVEN rivista

| CONDIZIONI CLINICHE | ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO | ASSISTENZA INTEGRATA | | AGIM Medioco complessa |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | In autonomia OSTETRICA | A prevalenza OSTETRICA (ABOM) * | A prevalenza MEDICO (AGI) | |
| PARTO SPONTANEO, INDOTTO (<i>specificare cause?</i>), PILOTATO O IN ANALGESIA (senza manifestazioni riconducibili a complicanze in puerperio) | ● | | | |
| Partoanalgesia con complicazioni | | | ● | |
| PARTO SPONTANEO VBAC | ● | | | |
| TAGLIO CESAREO | | | ● | |
| PARTO GEMELLARE spontaneo, indotto o pilotato | ● | | | |
| Puerpera con NEONATO PRETERMINE (se non sono presenti condizioni per assistenza condivisa) | ● | | | |
| Puerpera con NEONATO PRETERMINE ricoverato in TIN o con malformazioni | | | | ● |
| MEF | | | | ● |
| PARTO OPERATIVO CON KRISTELLER (no ventosa o episiotomia) | ● | | | |
| PARTO OPERATIVO CON VENTOSA o FORCIPE | | ● | | |
| EPISIOTOMIA non associata a parto operativo o complicazioni | ● | | | |
| EPISIOTOMIA associata a parto operativo | | ● | | |
| LACERAZIONE DI I O II GRADO | ● | | | |
| LACERAZIONI DI II GRADO complicate o LACERAZIONI DI III o IV GRADO, TRACHELORRAFIA | | | ● | |
| SVUOTAMENTO EMATOMA, SECONDAMENTO MANUALE | | | ● | |
| PERDITA EMATICA AL PARTO •500 ml | ● | | | |
| PERDITA EMATICA AL PARTO >500 ml/ TRASFUSIONE INTRAPARTO O POSTPARTO | | ● | | |
| SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (assenza di materiale ritenuto all'ecografia) | | ● | | |
| SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (con materiale ritenuto all'ecografia) | | | ● | |
| REVISIONI della CAVITÀ UTERINA | | ● | | |
| DIABETE GESTAZIONALE IN DIETOTERAPIA | ● | | | |
| DIABETE GESTAZIONALE IN INSULINOTERAPIA / DIABETE di TIPO II | | | ● | |

Check list per profilo assistenziale puerperio
ospedaliero – bozza AVEN rivista

| CONDIZIONI CLINICHE | ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO | ASSISTENZA INTEGRATA | | AGIM Medioco complessa |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| | In autonomia OSTETRICA | A prevalenza OSTETRICA (ABOM) * | A prevalenza MEDICO (AGI) | |
| RIALZI PRESSORI A TERMINE DI GRAVIDANZA O IN TRAVAGLIO DI PARTO NON IN TP, non ripresentati in puerperio | ● | | | |
| PZ IPERTESA CRONICA/ IPERTENSIONE GESTAZIONALE IN TP. | | | ● | |
| IPOTIROIDISMO e IPERTIROIDISMO COMPENSATI a fine gravidanza | ● | | | |
| PZ POSITIVE PER HBSAg, HCV, LUE TRATTATA IN GRAVIDANZA (trattamento completo) | | ● | | |
| PZ HIV POSITIVE | | | ● | |
| PAZIENTE MINORENNE (*) | | | | ● |
| PAZIENTE CASO SOCIALE (*) | | | | ● |
| PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE | | | | ● |
| SOSPETTA ENDOMETRITE (febbre in puerperio) | | | ● | |
| PAZIENTE CON TP ANTIBIOTICA IN PUERPERIO | | ● | | |
| Protocolli SEPSI | | | ● | |
| DISTURBI PSICOLOGICI in trattamento farmacologico | | ● | | |
| DISTURBI PSICHIATRICI | | | | ● |
| PATOLOGIE AUTOIMMUNI/CARDIACHE/TROMBOEMBOLICHE /DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE senza trattamento nell'attuale gravidanza | | ● | | |
| PATOLOGIE AUTOIMMUNI CARDIACHE/TROMBOEMBOLICHE/DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE attive/trattate nella gravidanza attuale | | | ● | |
| TROMBOFLEBITI o VARICI | | ● | | |
| SCLEROSI MULTIPLA | | | ● | |
| ESECUZIONE DI 2 O PIÙ CATETERISMI URINARI ESTEMPORANEI DURANTE LA DEGENZA in puerperio | | | ● | |
| PZ INFIBULATE (deinfibulazione) | | | ● | |
| PZ CON VAGINISMO | | ● | | |
| LOCHIAZIONI ematiche maleodoranti | | ● | | |
| REAZIONE ALLERGICA | | ● | | |

Profili assistenziali proposti in dimissione

| ABO | ABO + ginecologo | ABO +MMG /PdLS | AGIM |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• fisiologia: ABO puerperio a conduzione ostetrica | <ul style="list-style-type: none">• rischio : puerperio a conduzione ostetrica con invio al ginecologo per problematiche specifiche | <p>Rischio: : puerperio a conduzione ostetrica con invio al MMG e/o al PdLS per problematiche specifiche</p> | <ul style="list-style-type: none">• rischio presente e complesso : puerperio con assistenza di base ostetrica e gestione medica/multispecialisti integrata anche con sociale se necessario |

Da concordare con protocolli condivisi all'interno della rete assistenziale locale

**Check list per profilo assistenziale puerperio in
dimissione -bozza AVEN rivista**

| CONDIZIONI CLINICHE | Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO | Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica) | | AGIM |
|--|--|--|---|------|
| | In autonomia OSTETRICA | A prevalenza OSTETRICA In integrazione con ginecologo | A prevalenza ostetrica in integrazione con MMG e PdLS | |
| PARTO SPONTANEO, INDOTTO , PILOTATO O IN ANALGESIA (senza manifestazioni riconducibili a complicanze in puerperio) | ● | | | |
| PARTO SPONTANEO VBAC | ● | | | |
| TAGLIO CESAREO | | ● | | |
| PARTO GEMELLARE spontaneo, indotto o pilotato | ● | | | |
| Puerpera con NEONATO PRETERMINE (se non sono presenti condizioni per assistenza condivisa) | ● | | | |
| MEF | | | | ● |
| PARTO OPERATIVO CON VENTOSA o FORCIPE | | ● | | |
| EPISIOTOMIA non associata a parto operativo o complicazioni | ● | | | |
| EPISIOTOMIA associata a parto operativo | | ● | | |
| LACERAZIONE DI I O II GRADO | ● | | | |
| LACERAZIONI DI II GRADO complicate o LACERAZIONI DI III o IV GRADO, TRACHELORRAFIA | | ● | | |
| SVUOTAMENTO EMATOMA, SECONDAMENTO MANUALE | | ● | | |
| VALORE soglia HB alla dimissione >8 g/dl (se effettuato emocromo) | ● | | | |
| EMORRAGIA intraparto o postparto con VALORE HB alla dimissione • 8 g/dl | | ● | | |
| ANEMIA preesistente al parto con VALORE HB alla dimissione • 8 g/dl | | ● | | |
| SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (assenza di materiale ritenuto all'ecografia) | ● | | | |
| SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (con materiale ritenuto all'ecografia) | | ● | | |
| REVISIONI della CAVITÀ UTERINA | | ● | | |
| PUNTURA della DURA MADRE | | | ● | |
| DIABETE GESTAZIONALE IN DIETOTERAPIA | | | ● | |

**Check list per profilo assistenziale puerperio in
dimissione -bozza AVEN rivista**

| CONDIZIONI CLINICHE | Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO | Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica) | | AGIM |
|--|--|--|--|------|
| | In autonomia OSTETRICA | A prevalenza OSTETRICA In integrazion e con ginecologo | A prevalenza ostetrica in integrazion e con MMG e PdLS | |
| DIABETE DI TIPO II | | | | ● |
| RIALZI PRESSORI A TERMINE DI GRAVIDANZA O IN TRAVAGLIO DI PARTO NON IN TP, non ripresentati in puerperio | ● | | | |
| PZ IPERTESA CRONICA | | | ● | |
| IPERTENSIONE GESTAZIONALE IN TP. | | | ● | |
| IPOTIROIDISMO e IPERTIROIDISMO COMPENSATI a fine gravidanza | | | ● | |
| PZ POSITIVE PER HBSAg, HCV, LUE, e altre MST TRATTATA IN GRAVIDANZA (trattamento completo) | | ● | | |
| PZ HIV POSITIVE | | | | ● |
| PAZIENTE MINORENNE (*) | | | | ● |
| PAZIENTE CASO SOCIALE (*) | | | | ● |
| PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE | | | | ● |
| SOSPETTA ENDOMETRITE (febbre in puerperio) | | ● | | |
| PAZIENTE CON TP ANTIBIOTICA IN PUERPERIO | | ● | | |
| DISTURBI PSICOLOGICI in trattamento farmacologico | | | ● | |
| DISTURBI PSICHIATRICI | | | | ● |
| PATOLOGIE AUTOIMMUNI senza trattamento nell'attuale gravidanza | | | ● | |
| PATOLOGIE AUTOIMMUNI attive/trattate nella gravidanza attuale | | | | ● |
| PATOLOGIE CARDIACHE senza trattamento nell'attuale gravidanza | | | ● | |
| PATOLOGIE CARDIACHE con evoluzione nella gravidanza attuale | | | | ● |
| PATOLOGIA TROMBOEMBOLICA in puerperio o nell'attuale gravidanza | | | | ● |
| TROMBOFLEBITI o VARICI | | | ● | |

**Check list per profilo assistenziale puerperio in
dimissione -bozza AVEN rivista**

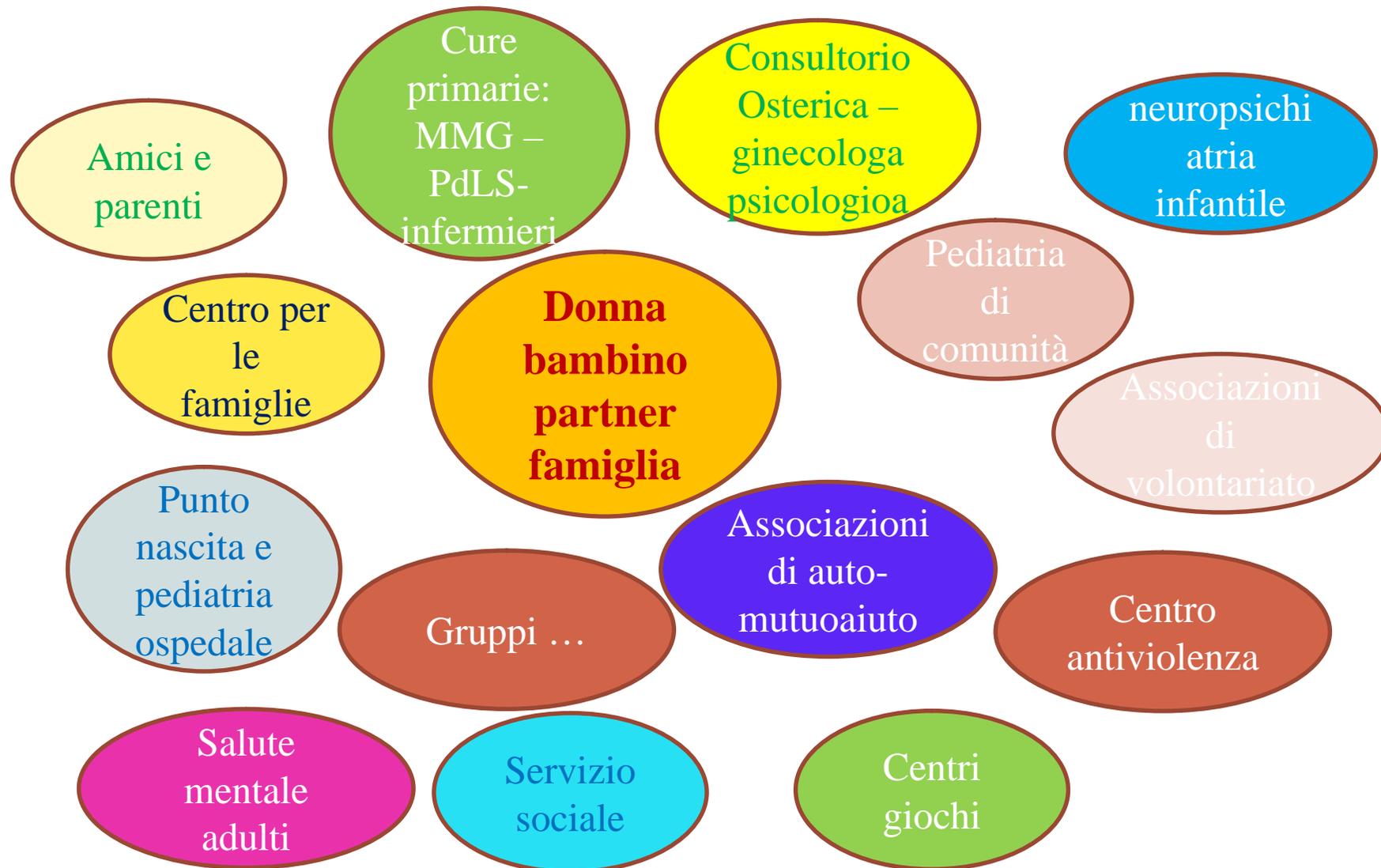
| CONDIZIONI CLINICHE | Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO | Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica) | | AGIM |
|---|--|--|---|------|
| | In autonomia OSTETRICA | A prevalenza OSTETRICA In integrazione con ginecologo | A prevalenza ostetrica in integrazione con MMG e PdLS | |
| PATOLOGIE dei fattori della COAGULAZIONE senza trattamento nella gravidanza attuale | | | ● | |
| PATOLOGIE dei fattori della COAGULAZIONE attive/trattate nella gravidanza attuale | | | | ● |
| SCLEROSI MULTIPLA | | | | ● |
| URGENZA MINZIONALE O IUS | | ● | | |
| ALTRE PATOLOGIE NON UROGENITALI della puerpera | | ● | | |
| PZ INFIBULATE (deinfibulazione) | | ● | | |
| PZ CON VAGINISMO | | | | ● |
| AUTODIMISSIONE MATERNA | | ● | | |
| RH NEGATIVO | ● | | | |
| ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE | ● | | | |
| Sospetta difficoltà dell'allattamento (da valutazione poppata o fattori di rischio) | ● | | | ● |
| VACCINAZIONE ANTIRUBEOLICA | ● | | | |

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI IN PUERPERIO AMBULATORIALE IN CONSULTORIO*

- **Visita ostetrica postparto precoce**(dell'ostetrica), inclusa nell'assistenza di base ostetrica (parametri materni del perineo/ tc, avvio allattamento, valutazione dell' andamento dell'allattamento, valutazione del benessere psicologico, della relazione mamma-bambino, debriefing sulle modalità del parto e verifica dello scostamento dalle scelte per il parto), tempo-lavoro 30 min. Timing di effettuazione :2-3 settimane dopo il parto o quando la donna ne faccia richiesta.
- **Consulenze per sostegno allattamento** su indicazione del punto nascita per BA score o indicazione ostetrica da visita precoce o richiesta della donna(valutazione poppata se necessario e strategie per risolvere problemi allattamento, valutazione del benessere psicologico) tempo-lavoro 30-60minuti. Nell'equipe devono essere presenti competenze mediche di supporto per diagnostica e prescrizioni farmacologiche quando necessarie
- **Visita puerperio domiciliare** su casi specifici
- **Visita in puerperio avanzato** a 30-60 giorni (se la dimissione dall'ospedale era Ostetrica o condivisa è effettuata dall'ostetrica in consultorio, se la dimissione era medica è effettuata dal ginecologo consultoriale) Valutazione fisiologia perineo, offerta attiva della contraccezione postparto (da definire il coinvolgimento del ginecologo in caso di contraccezione medica in puerperio fisiologico), rivalutazione benessere psicologico e dell'andamento dell'allattamento. tempo 30 min

*Vezzani 2015 . Report conclusivo standard implementazione progetto AVEN

La rete assistenziale del puerperio



ORA INIZIA
IL
LAVORO...

GRAZIE!

