

STANDARD DELL'ASSISTENZA AL PUERPERIO TERRITORIALE



Bologna, 29/11 – 5/12 – 13/12

- **Anna Carolina Ponzetta (AUSL MO-Distretto 4- Sassuolo)**
- **Carla Dazzani (AUSL BO)**



- **PUERPERIO** —————> **spazio temporale**

(comunemente usato come sinonimo “neo-mamma”)

- **PUERPERA** (puer+parere) —————> **spazio emotivo**

*Il termine **puerperio** ci riconnette ad una cultura millenaria, che considera gli aspetti personali, emotivi, sociali e perfino antropologici di questo periodo, implicando direttamente tutta quella galassia di cure, tenerezze e apprensioni che lo pervade.*



*Il termine **puerpera** indica una persona coi suoi **bisogni** e quelli del suo bambino.*



Considerando l'aspetto temporale il puerperio si inserisce nelle prime settimane di ESOGESTAZIONE durante le quali riproducono molti dei fenomeni del 1° Trimestre di gravidanza: ambivalenza, confusione, adattamento, organizzazione familiare...

... l'ostetrica è colei che si occupa dell'assistenza della gravidanza del parto e del **puerperio** (DM 14/9/94, n. 740 art. 1.1.)... da cui si deduce che proprio in questa primissima fase l'ostetrica non deve mancare all'appello!!! **A prescindere dal profilo assistenziale assegnato in gravidanza non può bastare l'invio al ginecologo dopo 40 giorni, poiché lascia la donna sola proprio nei giorni di fragilità del ritorno a casa.**



RACCOMANDAZIONI OMS SULL' ASSISTENZA ALLA DONNA IN GRAVIDANZA 2016



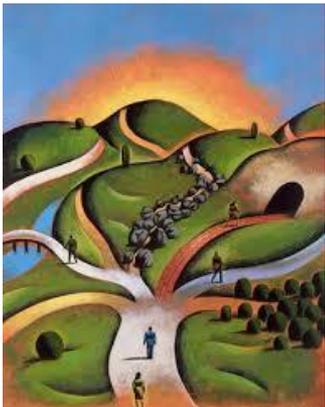
LE NUOVE **LG / OMS 2016** confermano e individuano la figura ostetrica come modello di continuità di cura assistenziale.

L' ACCORDO Stato Regione (Decreto Fazio/2010) poneva l'accento su alcune determinanti **linee d'azione** fra cui:

- **L'integrazione Territorio-Ospedale** che prevede la presa in carico e continuità assistenziale come **indicatori** dell'assistenza ostetrica e neonatale erogata.
- **Promozione di modelli di continuità assistenziale che consentono la distinzione tra Fisiologia e Rischio.**

Tra gli **strumenti operativi** è inserita la ***promozione del ruolo*** dei vari professionisti tra cui l'ostetrica.

Sia le **LINEE GUIDA NAZIONALI (SNLG/ISS** che fanno riferimento a quelle rilasciate dal **NICE**) che le **LG/OMS/2016** ***raccomandano modelli di assistenza a conduzione ostetrica.*** Ciò... “senza mortificare in alcun modo la professionalità medica: le due figure svolgono attività **complementare** e una loro corretta integrazione è sicuramente garanzia dei migliori esiti di salute per donne e neonati...”(M.Vicario-FNCO).





Sebbene per la maggior parte di donne e bambini il periodo puerperale non presenti complicanze, occorre offrire **assistenza precoce a tutte, selezionando poi i casi che dimostrino deviazione dal normale recupero dopo il parto.** Le LG forniscono suggerimenti su quando sono necessarie le cure aggiuntive, classificando le raccomandazioni in diversi livelli (NHS;2006).

ALCUNE RACCOMANDAZIONI

- Tener conto dei punti di vista, credenze e valori della donna, del partner e della sua famiglia, dando una **assistenza tarata soprattutto sui bisogni...**
- Dare l'opportunità di fare **scelte informate e chiare** riguardo alla propria assistenza e a qualsiasi trattamento di cui abbiano bisogno.
- E' essenziale per la donna una **comunicazione efficace tra operatori**, basata su informazioni scientificamente provate.
- Tenere conto della cultura d'origine della donna, di eventuali disabilità fisiche, cognitive e della difficoltà linguistica.
- In generale bisogna fare il possibile per fornire alla donna, al bimbo e ai membri della famiglia tutto il sostegno e l'assistenza di cui hanno bisogno (NHS; 2006)



STABILIRE PRIORITA' DI INTERVENTO



Preferibilmente **PRIMA della nascita**, o al più presto possibile dopo il parto, predisporre insieme alla donna stessa **un piano per l'assistenza al puerperio**, in modo documentato, tenendo conto dei fattori rilevanti emersi durante la gravidanza e il parto, ma anche nell'immediato post-partum. Il piano andrebbe rivisto ad ogni incontro.

- Al primo incontro (**10-15 gg.**) dare anche informazioni su segni e sintomi delle condizioni potenzialmente a rischio e su come contattare l'operatore di riferimento (continuità assistenziale) o il PS in caso di necessità.
- Utilizzo di **protocolli locali condivisi** (laddove non ce ne siano, prepararli) anche in relazione al passaggio di consegne tra Ospedale, Territorio e i diversi professionisti coinvolti. I protocolli vanno sempre discussi in **équipe** prima di essere applicati.
- **Tutti gli operatori del settore** devono avere sviluppato e condiviso un programma basato su prove di efficacia che promuovano **l'allattamento al seno**, usando come riferimento minimo standard l' "Ospedale Amico del Bambino".

OBIETTIVO PRIMARIO: passare dalla categorizzazione del rischio alla individuazione dei bisogni assistenziali nel percorso nascita.

I criteri di elegibilità basati sulla individuazione di rischio (SI/NO) devono portarci a riflettere sulle “zone NI” e lavorare su questi casi.

Soprattutto nel puerperio non è facile dare una categorizzazione del rischio poiché l'attribuzione di un criterio dipende da quello che è successo durante il parto e nel dopo parto, per cui le griglie precostituite perdono significato.



Quindi...

Il puerperio è una condizione **spesso subordinata a ciò che è successo prima**, e non sempre c'è relazione con la classificazione data in gravidanza!



La riuscita o meno dell'allattamento influisce notevolmente sul benessere in puerperio: ed è ormai evidente che nelle prime 2-3 settimane di puerperio c'è un brusco calo di allattamento al seno.

DATI ALLATTAMENTO AL SENO REGIONE EMILIA ROMAGNA

(Convegno Settembre 2015)

2015: nuova modalità di registrazione dei dati sull'allattamento, completamente informatizzato, utilizzando il flusso dell'Anagrafe Vaccinale Regionale (circa 15.000 bambini).

- **Dati raccolti in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a 3 e a 5 mesi).**
- Sono state utilizzati metodo e definizioni suggeriti dall'OMS.

RISULTATI: la prevalenza dell'allattamento completo (somma tra esclusivo e predominante) ha subito lieve calo rispetto al 2011 (media Regionale a 3 mesi 52% vs 55% del 2011 e 33% a 5 mesi vs 37% nel 2011) con notevoli differenze per AUSL che si accentuano a livello Distrettuale.



**Si può intervenire in modo significativo
sugli esiti riferiti al puerperio (Definizione
Salute/OMS)**

attraverso

OBIETTIVI ATTIVITA' STRUMENTI

Fase: puerperio territoriale

2 OBIETTIVI

1) Sostenere e favorire il mantenimento della salute materna, compresi gli aspetti emotivi (colloquio mirato).

CHI: Ostetrica/Ginecologo

ATTIVITA'

- Visionare lettera di dimissione
- Far esprimere la donna sul vissuto del parto e della maternità
- Prestare attenzione al disagio emozionale
- Visita ostetrica (rilevare i parametri sanitari, lochiazioni, eventuale sutura, involuzione uterina)
- Test perineale (eventuale invio per rieducazione attraverso esercizi specifici mirati)
- Aggiornare cartella clinica



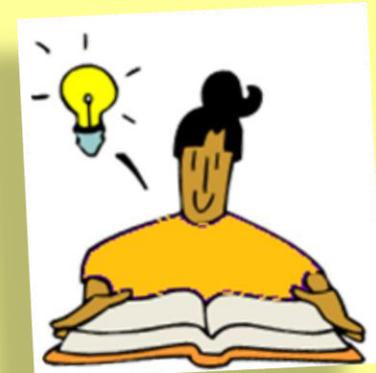
STRUMENTI

- Lettera di dimissione
- Colloquio, ascolto
- Protocolli condivisi
- **Eventuale visita domiciliare**
(richiederebbe competenze specifiche dopo adeguata formazione...)



RIFERIMENTI

- DGR 533/2008
- Procedure/Protocolli Aziendali
- LG Gravidanza Fisiologica
- SaPeRiDoc
- Accordi, percorsi interni aziendali e interaziendali



STANDARD



INDICATORI

- N° donne incontrate dall'ostetrica entro 10-15 gg./N° donne assistite in Consultorio
- N° donne incontrate in puerperio/N° donne dimesse da qualsiasi punto nascita e residenti nel Distretto

Da costruire.....

OBIETTIVO 2) Favorire la relazione madre e bambino e sostenere l'allattamento materno

CHI/con CHI:

Ostetrica, Psicologo, Ginecologo, Mediatore culturale, Servizi Sociali, Pediatra

ATTIVITA'

- **Controllo del seno**
- **Osservazione della poppata**
- **Riconoscere i segnali di devianza dalla Fisiologia**
- **Segnalazione a Professionisti di riferimento, sostenere e supportare il nuovo ruolo genitoriale**
- **Prevenzione di una gravidanza precoce**



STRUMENTI

- **Ambulatorio dell'allattamento (arredato e riservato: accogliente!)**
- **Spazi dedicati in collaborazione con Centri Famiglia, Associazioni di auto-aiuto**
- **Consulenza telefonica**
- **Formazione (Corsi OMS/UNICEF)**
- **Materiale informativo multilingue (Allattamento, contraccezione, stili di vita...)**
- **Protocolli condivisi Ospedale/Territorio**

RIFERIMENTI

- **DGR 533/2008**
- **Procedure/Protocolli Aziendali**
- **LG Gravidanza Fisiologica**
- **SaPeRiDoc**
- **Accordi, percorsi interni aziendali e interaziendali**



STANDARD

- **90% delle Ostetriche di ogni Distretto devono essere formate sulle consulenze in allattamento**
- **Almeno 1 Ostetrica deve essere formata sugli allattamenti difficili in ogni Distretto**
- **Aumento auspicabile del 5% rispetto ai dati Regionali del 2015 di allattamenti completi a 3 e a 5 mesi**

Standard su cui lavorare ai fini di una valutazione qualitativa...

INDICATORI

- **% Ostetriche formate per le consulenze in allattamento/totale Ostetriche Distrettuali**
- **N° Ostetriche Distrettuali formate sugli allattamenti difficili/totale ostetriche Distrettuali**
- **% Allattamenti Completi rilevabili alla prima vaccinazione/ % donne seguite in consultorio**
- **% donne seguite in Consultorio che richiedono consulenza sull'Allattamento/totale donne seguite in Consultorio**





CONCLUSIONI



*Questo lavoro deve servire ad interrogarci non solo sul **quanto** ma anche sul **come** stiamo lavorando sul puerperio...il dubbio ci impone di riflettere...*

*...abbiamo fatto tanta strada, ma tanta ancora ce n'è da percorrere, fidiamoci del nostro **sapere** e del **nostro saper fare**, utilizzando gli strumenti che ci vengono assegnati all'interno di una rete multidisciplinare che lavora in sintonia.*

*...ritroviamo il nostro principale ruolo di **accompagnare** la donna in tutto il percorso nascita compreso un periodo di estrema fragilità come il puerperio che non può restare orfano della figura dell'ostetrica!!!*



Grazie !!!