

ALLEGATO

RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE IN PUERPERIO E AL NEONATO

Documento approvato dalle seguenti Società:

Associazione Culturale Pediatri (ACP)
Società Italiana di Neonatologia (SIN)
Società Italiana di Pediatria (SIP)
Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)
Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)
Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP)
Società Europea di Medicina Perinatale
Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)
Associazioni Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)
Associazione ANDRIA
Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica (SIPPO)
Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche
Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio
Sindacato Ostetriche Italiane (SOI)
Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Promotori e coordinatori del gruppo di lavoro:

G. Rapisardi e M. Pierattelli (*Firenze*), G. Tamburlini (*Trieste*)

Hanno contribuito alla stesura:

Neonatologi / Pediatri: G. La Gamba (*Catanzaro*), C. Corchia (*Cosenza*), M. Pezzati (*Firenze*), R. Zanini, R. Bellù e D. Baronciani (*Lecco*), L. Gagliardi (*Milano*), N. Siliprandi e B. Zapparoli (*Monza, MI*), A. Giustardi (*Massa di Somma, NA*), R. Paludetto (*Napoli*), V. Sola (*Pordenone*), S. Chiarappa (*Putignano, BA*), M. Pacchin (*San Bortolo, VC*), E. Bertino (*Torino*), M. Agosti (*Varese*)
Ginecologi: B. Grandi (*Poggibonsi, SI*); P. Lombardo e M. Sartori (*Torino*)
Ostetriche: M.I. Arcadu e C. Chiodini (*Milano*), P. Serafini (*Torino*), M. Campiotti (*Varese*)
Epidemiologo: M. Bonati (*Milano*)

Hanno partecipato:

Neonatologi / Pediatri: G. Di Mauro e L. Mariniello (*Caserta*), P. Sarti (*Firenze*), G. Motta, G. Compagnoni, G. Cultraro, F. Castoldi (*Milano*), B. Dalla Barba e L. Calabrò (*Padova*), L. Peratoner (*Pordenone*), F. Borsani, Cantalupi (*Varese*)
Ginecologi: M. Santini (*Firenze*), G. Battagliarin (*Milano*), L. Visentin (*Torino*)
Ostetriche: A. Campolmi (*Firenze*), S. Pastura (*Milano*), G. Di Lorenzo (*Napoli*), B. Livi (*Poggibonsi, SI*), C. Massopoust (*Trieste*), M. Bortolanza, R. Gentile, N. Iovino (*Varese*), S. Forni (*Verona*)
Inf. Professionali / Vig. d'infanzia: C. Frascati (*Firenze*), H. Huber e P. Pancera (*Pordenone*), E. Gennari (*Torino*), C. Moretti e G. Lunardi (*Varese*)

Sommario

RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE IN PUERPERIO E AL NEONATO	1
Introduzione	2
Bibliografia principale	4
Elenco degli operatori coinvolti nell'assistenza al puerperio e al neonato	5
OBIETTIVO GENERALE	6
OBIETTIVI SPECIFICI	6
Prerequisiti	6
Obiettivi specifici	7
A. CRITERI PER LA DIMISSIONE DELLA MADRE E DEL NEONATO	8
B. ASSISTENZA ALLA MADRE NEL PUERPERIO FISIOLÓGICO	10
C. ASSISTENZA AL NEONATO FISIOLÓGICO NEL PRIMO MESE DI VITA	14
D. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE IN PUERPERIO E AL NEONATO	19

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni da più parti sono state riprese in considerazione le **modalità dell'organizzazione ed erogazione dell'assistenza alla madre, durante il parto ed in puerperio, al neonato e alla famiglia**, in modo da privilegiare la promozione della loro salute e del loro benessere, garantendo al tempo stesso il massimo della sicurezza possibile.

Diversi gli elementi che hanno portato alla necessità di rivedere il “percorso nascita”, in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione madre-neonato-famiglia. Il riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre-neonato (attaccamento al seno precoce e a richiesta, libertà da orari rigidi, inutilità di alcune pratiche assistenziali e altro) ha condotto infatti a migliorare le modalità assistenziali in molti punti nascita e a ripensare l'intero complesso delle cure fornite nell'immediato post-partum sia alla madre che al neonato.

Accanto a ciò, si è verificata anche una sempre maggiore tendenza alla “deospedalizzazione” del periodo post-partum, giustificata sia da presunti vantaggi economici (tuttora da verificare) che socioculturali e non sempre espressione di un reale miglioramento delle cure. Tutto questo, quando mosso da motivazioni prevalentemente economiche, può tradursi in dimissioni affrettate, imposte dall'ospedale, senza la garanzia di una prosecuzione dell'assistenza, e comportare alcuni effetti non desiderati (aumento di riammissioni per patologie neonatali, maggiori difficoltà nell'allattamento al seno e nelle relazioni precoci).

Va inoltre sottolineato come il dibattito degli ultimi anni, qualora si incentri solo sul momento della dimissione e sulla sua sicurezza, rischia di allontanare l'attenzione **dall'assistenza in puerperio e al neonato nel suo complesso ed in particolare nelle prime 2-3 settimane di vita**. E' questo un periodo che sovente presenta aspetti assistenziali rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà di allattamento, “post-partum blues”, depressioni post-partum ...), che per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite...), che per l'instaurarsi della loro relazione all'interno della nuova famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci). Ma è anche un periodo in cui è spesso presente un “vuoto assistenziale”; infatti, pur essendo previsti servizi territoriali per l'assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione, da poche parti essi sono stati attivati e, se esistono, vengono largamente sottoutilizzati dall'utenza (anche per scarsa informazione). Così pure la presa in carico da parte del pediatra di famiglia (pdf) avviene in maniera disomogenea e spesso tardiva.

Il dibattito sulla *dimissione cosiddetta precoce* (cioè quella che avviene prima delle 48-72 ore di vita) ha giustamente focalizzato l'attenzione degli operatori sanitari sui suoi possibili rischi. E' tuttavia chiaro che attualmente non vi sono solide evidenze scientifiche per supportarla o condannarla, anche perché i suoi esiti sono fortemente dipendenti dall'assistenza all'evento nascita nel suo complesso (gravidanza, travaglio, parto, puerperio), che come sappiamo è differenziata in base alle diverse forme di organizzazione e pratica assistenziale, sia a livello nazionale che locale. E' quindi preferibile parlare di ***dimissione concordata e appropriata***, con ciò intendendo una modalità di dimissione che tenga conto delle esigenze e della volontà della madre e della necessità, qualora sussistano i motivi, di attivare ed integrare tra loro le necessarie risorse territoriali atte a sostenere la nuova famiglia nel periodo critico del rientro a domicilio.

Riteniamo perciò che nella nostra realtà tale dibattito possa offrire un'importante occasione per attivare (o migliorare ove già esistano) i servizi volti alla sorveglianza clinica, al sostegno e alla promozione di salute della madre, del neonato e della famiglia nelle prime settimane di adattamento alla nascita. E ciò attraverso una integrazione delle attività ospedaliere e territoriali per **tutta la popolazione**, ma anche e soprattutto tenendo conto di quella con fattori di maggiore rischio sociale o sociosanitario.

Oltre alla carenza delle strutture e della informazione dell'utenza, l'altro aspetto problematico nella realizzazione di tali progetti di assistenza nella nostra realtà è costituito dal raccordo tra ospedali e territorio e tra i vari operatori, pre-requisito necessario per garantire la continuità dei percorsi assistenziali, che deve prevedere la definizione di:

- precise norme organizzative
- livelli di responsabilità (vedi anche punto D)

Da tutto ciò nascono queste **raccomandazioni generali** che andranno via via adattate alle realtà locali e che vogliono essere *indicative per la stesura di progetti specifici soprattutto in direzione di dimissioni concordate e appropriate, garantendo la continuità dell'assistenza con i servizi territoriali*.

Le raccomandazioni contenute in questo documento sono state elaborate in modo coerente con il livello di integrazione e con le modalità di utilizzo delle risorse previsto dal Progetto Obiettivo Materno - Infantile del Ministero della Sanità (PSN 1998-2000).

Esse sono rivolte a tutti gli operatori sanitari implicati nell'assistenza alla madre e al neonato dopo il parto e agli amministratori. Possono costituire la base per strumenti di informazione rivolti all'utenza.

Sono il risultato di un lavoro integrato e del consenso tra diversi operatori professionali con ampia esperienza e si basano, ove disponibili, sulle evidenze scientifiche che scaturiscono dall'esame della letteratura internazionale sull'argomento ed in particolare da quella riportata di seguito.

Nella prima parte del documento sono delineati l'obiettivo generale e quelli specifici, che raccomandiamo di perseguire nella stesura di progetti locali.

La seconda parte è composta dalle seguenti raccomandazioni:

- A. Criteri per la dimissione della madre e del neonato**
- B. Assistenza alla madre nel puerperio fisiologico**
- C. Assistenza al neonato fisiologico nel primo mese di vita**
- D. Organizzazione dei servizi per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato**

BIBLIOGRAFIA PRINCIPALE

- AA.VV. Manuale *Promozione e pratica dell'allattamento al seno*. Corso per operatori sanitari - Regione Friuli Venezia Giulia.
- Care of the umbilical cord: a review of the evidence. WHO/RHT/MSM/98.4
- Chestnut MA. Maternal-Newborn Home Care Manual. Lippincott, Philadelphia, 1998.
- Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M and Neilson J. A guide to effective care in pregnancy & childbirth, second edition. Oxford Medical Publications 1995
- Facilitating discharge home following a normal term birth. A joint statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian Pediatric Society. In *Pediatric & Child Health* 1996; 1(2):165-8
- Kiely M, Drum A and Kessel N. Early Discharge - Risks, benefits, and who decides. *Clinics in Perinatology* 1998; 25 (3):539-53.
- La sorveglianza in ospedale al travaglio, al parto e al neonato fisiologici: linee guida di assistenza. A cura del gruppo ostetrico-neoantologico. *ISTAR, rivista multidisciplinare sulla Nascita* 1994: 9.
- Linee-guida per l'assistenza al neonato fisiologico. A cura del gruppo pediatrico-neonatalogico di collaborazione interospedaliera. *Medico & Bambino* 1993; 5: 323-7.
- Pivetta S et al.. Progetto per la tutela del neonato e della sua famiglia. IRCCS Burlo e Azienda Sanitaria Territoriale di Trieste, 1998.
- Progetto di dimissione precoce/protetta della puerpera e del neonato fisiologici. Istituti Clinici di Perfezionamento, Azienda Ospedaliera, Istituto Ostetrico/Ginecologico L. Mangiagalli, Milano, 1996.
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile del Ministero della Sanità (PSN 1998-2000)
- Rubaltelli FF, Coraiola M, Siliprandi N, Zanini R, Orzalesi M. Raccomandazioni per il trattamento dell'ittero del neonato a termine. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1996; 22:108-9.
- Schmid V. Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico a domicilio e nelle case maternità. Ed. Centro Studi Il Marsupio, 1997.
- Società Italiana di Medicina Perinatale. Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale. 3ª edizione. SEE Firenze, 1999.
- Suggested Guidelines for Early Discharge of Term, healthy newborns at less than 24 hours of age. Draft Statement (18-7-95, revised 6-3-98): Washington chapter of the American Academy of Pediatrics, Fetus & Newborn committee.
- The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1999. Updated quarterly. Issue 3
- Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers.
- Hodnett ED. Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth.
- Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth.
- Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression.
- Altre pubblicazioni sull'assistenza al puerperio e sulla dimissione precoce citate nel Medline
-

NOTA BENE

Nel presente documento sono citate professionalità diverse che hanno normalmente specifici compiti professionali. In linea di massima il documento precisa quale sono le figure più idonee a svolgere un determinato compito.

Considerata l'estrema eterogeneità della realtà italiana, per cui è possibile che si verifichino carenze locali o che figure diverse possano svolgere le stesse funzioni, riteniamo che vada sempre privilegiata la funzione rispetto alla qualifica dell'operatore.

ELENCO DEGLI OPERATORI COINVOLTI NELL'ASSISTENZA AL PURPERIO E AL NEONATO (in ordine alfabetico, con eventuali sigle utilizzate)

- assistente sanitaria
- assistente sociale
- ginecologo
- infermiera professionale/puericultrice/vigilatrice d'infanzia/infermiera pediatrica (ip)
- medico di medicina generale
- neuropsichiatra infantile
- ostetrica
- pediatra del Distretto (comunità/consultoriale)
- pediatra dell'U.O. ospedaliera (pediatra/neonatologo)
- pediatra di famiglia (pdf)
- psicologo

ALTRE SIGLE UTILIZZATE

Azienda Ospedaliera (AO)

Azienda Sanitaria Locale (ASL)

Dipartimento Materno Infantile (DMI)

Distretto Sanitario di Base (DSB)

Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Piano Sanitario Regionale (PSR)

OBIETTIVO GENERALE

Fornire sostegno ed assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale e il benessere della famiglia.

Per il raggiungimento di questo obiettivo generale 3 sono gli aspetti prioritari:

1. *La salvaguardia della relazione tra genitori e bambino, ottenibile promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24 (**contatto precoce e rooming-in**)*
2. *La possibilità di una permanenza breve in ospedale quando esista la **reale possibilità delle cure extraospedaliere** necessarie durante i giorni successivi alla dimissione*
3. *La programmazione di un piano di assistenza caratterizzato dalla **personalizzazione** e dalla **continuità** degli interventi in cui si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che sia effettuato da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita)*

OBIETTIVI SPECIFICI

Prima di formulare obiettivi specifici relativi all'assistenza in puerperio e durante il periodo neonatale, abbiamo ritenuto necessario definire obiettivi da realizzare in gravidanza, da considerare indispensabili pre-requisiti.

PREREQUISITI

Futuri genitori

Ø Fornire informazioni esaurienti per ottenere in tempi utili i contatti con i Servizi

Ciò può essere conseguito mediante la Carta dei Servizi, l'uso di depliant illustrativi, possibilmente mediante la cartella clinica della gravidanza, e con colloqui individuali di rinforzo, a partire dall'inizio della gravidanza (o prima se richiesto), comunque entro il settimo mese, ad opera degli operatori dei vari Servizi (ostetricia, ginecologia, pediatria, psicologia...) e del pdf, che si attivino "a catena", nelle sedi ASL e nelle AO.

Ø Offrire, prima del parto, informazioni sulla gravidanza, parto e nascita, sull'allattamento al seno, aiutando a sviluppare adeguate conoscenze nell'accudimento del neonato (nozioni di puericultura)

Ciò può essere conseguito mediante l'offerta di incontri collettivi / individuali e l'uso di supporti didattici, in risposta alle richieste della madre, possibilmente entro il settimo mese, specie nel consultorio o nel privato accreditato o nel punto nascita.

Ø Fornire supporti in situazioni di disagio socioculturale e ambientale o di rischio psico-relazionale

Mediante supporti pratici (es. sussidi, anche economici), informativi e assistenziali mirati, non appena possibile, attraverso l'intervento degli operatori dei Servizi Sociali e di Igiene Mentale e delle mediatrici culturali, su segnalazione specifica.

OBIETTIVI SPECIFICI

Madre

- Ø ***Fornire assistenza al travaglio, parto e puerperio, per prevenire e curare possibili complicanze minori del postpartum, limitando le riammissioni inappropriate in ospedale***

Ciò è ottenibile attraverso l'offerta attiva di supporto, assistenza e cure (vedi punto B), personalizzate e continuative, erogate da operatori integrati tra di loro, durante il travaglio, parto e puerperio; per quanto possibile e compatibilmente con il tipo e l'entità di eventuali problemi e fattori di rischio, nelle sedi scelte dalla donna, in ospedale e/o domicilio.

E' auspicabile, nel rispetto della salute e del desiderio della donna, limitare la durata dell'ospedalizzazione (vedi punto A).

- Ø ***Garantire sostegno sociale ed emotivo, favorire il rafforzamento dell'autostima, l'emergenza delle competenze innate nell'accudimento del neonato e nell'allattamento al seno***

Ciò è ottenibile attraverso incontri individuali (con particolare riguardo alla prima settimana), o collettivi (gruppi post partum, dopo 2-3 settimane), ove sia possibile condividere con altri la propria esperienza. Le persone coinvolte, oltre ai vari operatori sanitari, possono essere familiari, amici, altre madri, membri di associazioni che operano nel settore, sia nel punto nascita, che a domicilio o nel territorio. E' opportuno che tutto il personale addetto alla cura della madre e del neonato venga specificamente formato sulla pratica della promozione dell'allattamento al seno (corsi OMS – UNICEF).

Neonato

- Ø ***Fornire assistenza appropriata durante il periodo neonatale, promuovendo la sua salute ed identificando tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati (medici, psicologici, sociali)***

Ciò richiede processi di formazione continua degli operatori (corsi di formazione / aggiornamento), la definizione di procedure di accesso facilitato per accertamenti diagnostici e per consulenze specialistiche. Particolare attenzione va prestata ai primi giorni di vita sia in ospedale che a domicilio.

- Ø ***Garantire il rispetto dei suoi bisogni fondamentali: nutrimento (promozione dell'allattamento al seno), contatto fisico con i genitori (promozione dell'attaccamento)***

Ciò richiede un aggiornamento continuo delle competenze professionali e, in particolare, relazionali e nelle tecniche di comunicazione. Particolare attenzione va prestata nei primi giorni di vita sia in ospedale che a domicilio.

- Ø ***Fornire le idonee misure di profilassi e prevenzione***

Ciò è ottenibile mediante l'effettuazione degli screening nei modi e tempi previsti dai PSR, e di altre misure profilattiche ove indicate (ad es. immunoprofilassi passiva per HBV, vaccinazioni ...).

A. CRITERI PER LA DIMISSIONE DELLA MADRE E DEL NEONATO

Al fine di dare rilevanza agli aspetti più significativi della dimissione, raccomandiamo l'uso del termine **dimissione concordata e appropriata**.

- * La madre deve essere **informata**, durante la gravidanza, su:
 - i protocolli e modalità assistenziali attuati nei vari punti nascita, sia per il parto che per il post-partum ed il puerperio (esistenza o meno di assistenza extraospedaliera fornita dagli operatori del territorio) con specifico riferimento al diritto a:
 - il supporto emotivo costante durante il travaglio, parto, post-partum e puerperio
 - stare con il neonato nel post-partum
 - il rooming-insottolineandone i vantaggi per l'adattamento materno/neonatale, l'attaccamento e l'allattamento al seno
- i fenomeni fisiologici del neonato ed i suoi possibili problemi inerenti ai primi giorni di vita
- * il momento della dimissione della madre e del neonato dall'ospedale va **concordato tra la madre e chi presta assistenza a lei e al neonato**. In assenza di indicazioni mediche o sociali a prolungare la degenza ed **in presenza di una reale possibilità di assistenza extraospedaliera**, per la dimissione dovrebbe esserci solo un limite di degenza massima (3 o 4 giorni nel parto vaginale e 6 o 7 giorni nel cesareo).
- * la dimissione ospedaliera **appropriata, prima delle 48-72 ore**, dovrebbe basarsi sulle caratteristiche peculiari di ciascuna madre e del suo neonato (vedi Tab. 1), considerando in particolare:
 - il desiderio della madre
 - la salute della madre
 - la salute e la stabilità del neonato
 - la adeguatezza delle condizioni socio-sanitarie, della struttura abitativa e del supporto domiciliare
 - una adeguata assistenza sanitaria nel puerperio e periodo neonatale

Sono da considerarsi fattori favorenti:

- la pluriparità e l'aver avuto esperienze precedenti di allattamento al seno
- l'aver frequentato un corso di preparazione al parto in cui siano stati spiegati i fenomeni fisiologici ed i possibili problemi inerenti ai primi giorni di vita di un neonato

Tabella 1. Criteri sanitari per una dimissione appropriata prima delle 48-72 ore

Per assicurare che madre e neonato siano dimessi in modo sicuro deve essere assicurata la prosecuzione dell'assistenza da parte di operatori sanitari e vanno rispettate le seguenti condizioni:

Madre	Neonato
• Abbia espletato un parto per via vaginale • Non abbia complicazioni intrapartum o postpartum che richiedono un trattamento medico in corso o un'osservazione* • Possa muoversi con un buon controllo del dolore • Abbia avuto una ripresa della normale funzionalità vescicale, o ne sia stata prevista un'adeguata sorveglianza • Sia stata determinata la necessità e previste le modalità di somministrazione delle immuno-globuline anti-D • Sia stata informata sulle cure di routine (ad es. cambio del pannolino, cordone ombelicale) e sulle modalità di allattamento (osservazione di almeno una poppata da parte degli operatori) • Sia stata informata su come accedere alle risorse di supporto ospedaliere e territoriali • Non esistano rilevanti problemi sociali * le madri NON devono essere dimesse finché non sono stabili, se sono presenti: - perdita ematica importante (parto e post-partum), o presenza di sanguinamento maggiore del normale (con Hb < 8g / dl) - febbre (≥ 38°C) rilevata all'inguine, in 2 misurazioni consecutive in qualsiasi momento durante il travaglio e dopo la nascita - altre complicanze che necessitano di assistenza medica	• Nato a termine (≥ 37 e < 42settimane) di peso adeguato per l'età gestazionale (>3° percentile, secondo le curve della S.I.N.) • Indice di Apgar al V min > 7, qualora non siano stati praticati interventi di rianimazione • PROM < 18 ore dal parto • Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina • Stabilità termica • Buone capacità nella suzione nutritiva ed avvio efficace dell'alimentazione al seno • Ittero, se presente, con caratteristiche di fisiologia • Emissione avvenuta e registrata di urine e meconio • Aver effettuato, se necessario, le opportune profilassi ed immunizzazioni (es. epatite B) • Aver programmato l'effettuazione degli screening metabolici secondo le modalità concordate con il Centro Regionale responsabile • Assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimenti diagnostici o terapia in ospedale

B. ASSISTENZA ALLA MADRE NEL PUERPERIO FISIOLOGICO

Il benessere materno è dipendente dalla vicinanza del suo bambino e dall'ambiente che la circonda. Se l'ambiente è di supporto, la donna può avere cura di sé e del suo bambino. L'intervento assistenziale è orientato a prevenire le possibili complicanze puerperali, a confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento e a promuovere l'allattamento al seno.

Nelle condizioni di fisiologia l'ostetrica è l'operatrice privilegiata per costituire il riferimento di continuità assistenziale e relazionale durante la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Controlli clinici

Si raccomandano la valutazione e la registrazione dei seguenti parametri: stato generale della donna, colorito cutaneo, temperatura all'inguine, polso, pressione arteriosa, altezza del fondo uterino, caratteristiche delle lochiazioni, delle eventuali ferite e degli arti inferiori. E' sconsigliato il ricorso routinario ad esami di laboratorio o strumentali.

Pressione arteriosa, polso e temperatura corporea

Nei primi giorni la temperatura può subire dei rialzi fisiologici (per riassorbimento, cambiamento del metabolismo, montata latte).

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- pressione stabilmente $\geq 140/90$ mm Hg
- polso stabilmente ≥ 100 / min.
- temperatura ≥ 38 °C, soprattutto se associata ad altri segni o sintomi o se perdura più di 24 ore.

Involuzione uterina

L'allattamento al seno favorisce l'involuzione uterina. Non è raccomandata la somministrazione routinaria di uterotonici. Il loro uso produce un effetto inibitorio sulla produzione di prolattina.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- rilasciamento e/o ridotta involuzione dell'utero in presenza di uno o più dei seguenti segni: perdite ematiche abbondanti, lochiazioni maleodoranti, dolore addominale, febbre.

Lochiazione

E' sconsigliato l'uso routinario di disinfettanti, ovuli e lavande vaginali. Occorre sconsigliare alla donna l'uso di tamponi vaginali.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- presenza di lochi maleodoranti e/o abbondanti, dolorabilità uterina alla palpazione, febbre
- persistenza dei lochi a 6 settimane

Cura del perineo

In presenza di perineo integro o di sutura non complicata, si raccomanda una pulizia frequente dei genitali esterni con acqua e detergenti usuali e un cambio frequente degli assorbenti.

Al fine di favorire la ripresa del contatto della donna con questa parte del proprio corpo e la riduzione del dolore perineale, si raccomanda di incoraggiare l'esecuzione di esercizi di ginnastica perineale.

Sono sconsigliati l'uso routinario di medicazioni o pomate e gli indumenti intimi sintetici, in particolare le mutande elastiche.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- presenza di dolore, edema, eritema e tumefazione vulvoperineale, febbre, diastasi della ferita.

Emorroidi

La comparsa di emorroidi avviene spesso alcuni giorni dopo il parto e può essere dovuta in parte a un'eccessiva mobilità della donna in presenza di un perineo ancora atonico. Sono utili impacchi decongestionanti e ammorbidenti e l'applicazione locale di pomate. Il riposo a letto è fondamentale.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- presenza di emorroidi trombizzate dolenti che non rispondono alle cure di base.

Arti inferiori

E' raccomandata la mobilizzazione precoce.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- presenza di uno o più dei seguenti segni: edema, arrossamento, dolore, eventualmente accompagnati da febbre o febricola persistente
- aumento significativo degli edemi insorti in gravidanza

Diuresi

Va valutata e registrata la regolarità della minzione. Nei primi giorni dopo il parto, la donna deve essere invitata a svuotare la vescica anche in assenza di stimolo.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- disuria, dolore e bruciore alla minzione, pollachiuria, eventualmente accompagnati da febbre.

Alvo

La regolarità della funzionalità intestinale è favorita da una corretta alimentazione e dalla mobilizzazione precoce. E' sconsigliata la somministrazione routinaria di lassativi.

Avvio fisiologico della lattazione e cura del seno

L'avvio fisiologico dell'allattamento al seno è favorito da:

- le informazioni ricevute prima del parto volte ad aumentare la consapevolezza sulla fisiologia dell'evento e la fiducia in esso della madre
- un parto spontaneo fisiologico
- il buono stato di salute della madre e del neonato
- la possibilità per madre e neonato di interagire indisturbati nei primi giorni di vita (in rooming-in)
- un attaccamento precoce e frequente al seno
- l'allattamento a richiesta
- una corretta modalità di attaccamento del neonato al seno (vedi fig. 1)
- il non avere dato aggiunte di alcun tipo al neonato

In tal caso è probabile che la montata latteia avvenga più precocemente (tra il 2° e 3° giorno), che non abbia caratteristiche violente di congestione. Se la congestione della montata latteia manca e il neonato si attacca correttamente, la madre va rassicurata sulla sua competenza ad allattare.

E' sempre utile osservare una poppata, in particolare la posizione della madre e del neonato e la modalità con cui il neonato si attacca e succhia.

Durante la montata latteia il bambino va attaccato spesso, impacchi caldi o docce calde con un lieve massaggio del seno possono dare sollievo.

Se è necessario drenare il seno, è preferibile l'uso della spremitura manuale (vedi fig. 2) rispetto al tiralatte (manuale o meccanico).

Non vanno somministrati di routine galattogeni prima e durante la montata latteia.

L'*ingorgo mammario* (seno congestionato e dolente dopo la prima settimana), si previene e si cura attaccando e posizionando correttamente il neonato al seno (vedi fig.1). E' fondamentale attaccare il bambino spesso dalla parte ingorgata. Possono essere utili impacchi caldo-umidi e massaggiare il seno in direzione del capezzolo. L'impacco freddo può essere applicato solo in un secondo momento per decongestionare e "anestetizzare" un po' il seno stesso, mai prima della poppata.

Non ci sono evidenze che supportino l'utilità di un trattamento preventivo del *capezzolo*. Per mantenere i capezzoli sani è fondamentale che il bambino sia ben posizionato, si attacchi in modo corretto e succhi efficacemente. La madre deve essere aiutata a trovare uno spazio tranquillo per allattare e una posizione confortevole.

Per la cura di routine dei capezzoli non è necessario alcun trattamento (non va deterso con sostanze disinfettanti o soluzioni alcoliche). In caso di irritazione o arrossamento si può spremere un po' di latte e spalmarlo sul capezzolo.

Le ragadi al seno hanno per lo più la loro origine in un posizionamento non corretto del neonato al seno.

L'intervento adeguato consiste nel correggere le posizioni facendo attaccare correttamente il neonato al seno. Il trattamento locale in caso di ragadi con l'applicazione di medicazioni è consigliato solo nel caso di una possibile infezione da Candida (pelle arrossata, traslucida, a scaglie, o prurito, o dolore profondo, o dolorabilità persistente); in questi casi va trattato anche il bambino. I paracapezzoli sono sconsigliati (v. manuali OMS – UNICEF per la promozione dell'allattamento al seno).

Vanno osservate: la consistenza e il calore del seno, la comparsa di eventuali arrossamenti e/o ragadi.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- arrossamento e dolenzia del seno con febbre, rilevata all'inguine (temperatura > 38° da 24 ore).
- presenza di ragadi molto dolenti alla suzione
- dolore alla suzione (anche in assenza di ragadi)

Fig. 1 Omissis

Fig. 2 Omissis

Alimentazione

E' consigliata l'alimentazione varia e adeguata in liquidi e fibre già raccomandata per la gravidanza. Non sono utili supplementazioni od integrazioni alimentari. Non vanno di norma esclusi cibi normalmente consumati dalla donna in gravidanza.

Profilassi dell'isoimmunizzazione materno-fetale

In caso di madre Rh negativa e bambino Rh positivo la somministrazione profilattica di immunoglobuline anti-D deve essere effettuata entro le 72 ore dal parto.

Informazione e supporto emozionale

Al fine di favorire processi decisionali consapevoli della donna, è utile fornire informazioni appropriate e non contraddittorie fra operatori diversi.

Si raccomanda di promuovere modelli organizzativi flessibili, orientati alla continuità assistenziale e al supporto emozionale, che riconoscano le esigenze individuali delle donne, che le aiutino ad esprimere i propri bisogni e a rielaborare l'esperienza del parto.

La presenza del partner ai colloqui può favorire la formazione della triade genitori-figlio.

La donna va invitata a trovare un ritmo che permetta sufficiente riposo a lei e sufficiente intimità per potersi dedicare al bambino senza altre preoccupazioni. Vanno invitati il partner e/o gli altri familiari a regolare le visite e a tenere lontano dalla donna ogni impegno eccessivo. Nel caso che la donna si senta triste e scoraggiata, è importante differenziare i *postpartum blues*, normale processo di adattamento passeggero, dall'insorgere di una vera e propria depressione. La discriminazione si avvale della conoscenza della storia della donna e dell'entità dei sintomi che ella esprime. Se è necessario l'operatore deve indirizzare a specifici gruppi di sostegno o ai servizi territoriali.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- agitazione, insonnia, repentini cambiamenti di umore, ridotta cura della propria persona, melanconia persistente.

Aspetti organizzativi dell'assistenza sul territorio

Nei casi di dimissione entro le 48 ore, l'ostetrica effettua la prima visita entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera.

L'osservazione, la valutazione e il supporto domiciliare vengono offerti con scadenza personalizzata fino a 6 settimane, con eventuale consulto ginecologico.

In caso di bisogni particolari, deve essere prevista l'attivazione di altre figure professionali della rete dei servizi territoriali (ad es.: assistente sociale, psicologo ...).

C. ASSISTENZA AL NEONATO FISIOLOGICO NEL PRIMO MESE DI VITA

L'adattamento ed il benessere del neonato sono favoriti dalla vicinanza con la madre e l'ambiente familiare, da un intervento assistenziale focalizzato sulla conferma alla madre delle sue competenze naturali di accudimento e sul rinforzo e la promozione della relazione madre-bambino e dell'allattamento al seno.

Controlli clinici

L'aspetto clinico generale del neonato, la vitalità, l'attività motoria e la postura, la qualità dello stato di all'erta, il ritmo sonno-veglia, la capacità di alimentarsi, sono aspetti fondamentali che devono guidare la valutazione clinica del neonato.

Calo ponderale – Stato di idratazione – Adeguatezza apporto calorico

Il calo ponderale è un fenomeno fisiologico, dovuto alla abbondante perdita di meconio e di liquidi (urine e "perspiratio insensibilis") ed alla relativa carenza calorica dei primi 2-3 giorni. Si considera tale un calo fino a circa il 10% del peso alla nascita. Favorendo un allattamento al seno precoce e a richiesta, generalmente il peso tende ad aumentare dopo 3-4gg, ed il peso della nascita viene recuperato entro il 7° giorno di vita, comunque entro le due settimane.

Per la valutazione dell'adeguatezza dell'apporto alimentare nei primi giorni di vita possono essere valutati:

- *il peso del neonato*: nei primi giorni di vita è consigliabile pesare il neonato una volta ogni uno-due giorni, nudo, prima di una poppata del mattino, per valutare la curva ponderale (calo fisiologico e ripresa ponderale). Una volta iniziati l'accrescimento ed un buona modalità di alimentazione, è sufficiente pesarlo una volta la settimana per valutare la crescita, che sarà mediamente 125-200 g per settimana, con ampie variazioni individuali. L'uso della doppia pesata ad ogni poppata è controproducente perché fa erroneamente pensare che ci sia una quantità ideale di latte da assumere potendo così indurre ansia ed insicurezza nella madre.
- *il bagnare* almeno 6 pannolini (urine e/o feci) al giorno, una volta sopraggiunta la montata lattea e con l'allattamento a richiesta, ciò che costituisce un buon indice pratico dell'adeguatezza dell'*apporto idrico*
- *la tranquillità* e la *consolabilità* del neonato
- *il ritmo sonno-veglia*

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- mancata ripresa del peso della nascita entro 2 settimane
- calo ponderale > 10%
- bagnare < 6 pannolini (urine e/o feci) nelle 24 ore dopo che è sopraggiunta la montata lattea, in presenza di urine concentrate, giallo-scuri.

Ittero

L'ittero cutaneo compare con valori di bilirubinemia > 6-7 mg/dl. Se compare in I giornata non è mai fisiologico. In assenza di fattori di rischio, l'opportunità di effettuare un prelievo si basa sulla valutazione di: intensità dell'ittero, momento della sua comparsa, condizioni cliniche generali. Va comunque precisato che la valutazione soggettiva dell'intensità dell'ittero è solo indicativa, in quanto in alcuni casi può non esserci una buona correlazione con i livelli ematici di bilirubina.

Nel nato a termine, in assenza di fattori di rischio, la fototerapia è indicata quando si raggiungono i seguenti valori di bilirubina:

I giornata: 10 mg/dl

II giornata: 15 mg/dl

≥ III giornata: 17 mg/dl

La fototerapia deve essere di durata di almeno 24h e va sospesa quando il valore è sceso < 15 mg/dl (vedi le raccomandazioni della task force S.I.N.). Si consiglia l'esecuzione del gruppo sanguigno e del test di Coombs diretto su sangue funicolare a tutti i neonati.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Anamnesi positiva per fattori di rischio
- Comparsa di ittero < 24 ore di vita
- Ittero particolarmente intenso nei primi giorni di vita
- Ittero accompagnato da epato/splenomegalia, o da feci ipo/acoliche

Alterazioni cutanee

Le estremità possono restare bluastre per 6-12 ore dopo la nascita (acrocianosi fisiologica). La cianosi ed il pallore non sono mai fisiologici.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Comparsa di cianosi o pallore (in qualsiasi momento)
- Comparsa di lesioni cutanee (vescicole, esantemi, petecchie, ecchimosi...)

Respiro

Dopo le prime 12 ore il neonato sano presenta una FR a riposo ≤ 60 atti / min. La profondità e frequenza degli atti respiratori variano in relazione allo stato comportamentale; la variabilità è maggiore negli stati di sonno attivo e di veglia agitata.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- FR a riposo > 60 / min.
- Presenza di dispnea

Attività cardiaca

Dopo le prime 12 ore i valori della frequenza cardiaca si stabilizzano tra 120-160/min. Durante le fasi di agitazione motoria e di pianto sono fisiologicamente presenti accelerazioni di 15-20 battiti al minuto; la frequenza è relativamente più bassa e la variabilità minore negli stati di sonno quieto e di veglia attenta, in cui il neonato sta quasi del tutto fermo. Frequenze tra 100-120 / min possono essere fisiologiche in II-IV giornata di vita e vanno valutate relativamente alle condizioni cliniche generali del bambino.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- FC costantemente al di fuori dei limiti sopra riportati e/o presenza di aritmie
- Presenza di soffio cardiaco
- Edemi
- Contrazione della diuresi
- Cianosi al pianto generalizzata, prolungata e frequente
- Costante affaticamento alla poppata
- Polsi periferici patologici (asimmetrici, assenti)

Temperatura

Data la 'termolabilità' del neonato è opportuno prestare particolare attenzione alle condizioni ambientali. Vanno evitate un'eccessiva temperatura ambientale ed il tenere il neonato eccessivamente vestito. In locali termoregolati artificialmente la temperatura ambientale ideale è 20-22°C nei primi giorni di vita e successivamente 18-22°C, con adeguata umidità (55-60%).

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Ipertermia (temperatura ascellare $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)

- Ipotermia (temperatura ascellare < 36 °C)

Aspetti motori – sensoriali e comportamentali

La *motricità* spontanea è ricca, armonica e variabile, e viene funzionalmente utilizzata nel controllo posturo-motorio (buon tono ed iniziale controllo assiale antigravitario) e nell'alimentazione. La *postura* alla nascita riflette quella intrauterina, generalmente in flessione globale.

Il *comportamento* del neonato (sguardo, ascolto, mimica globale dell'attenzione, qualità dello stato di all'erta, pianto e consolabilità, alternanza sonno/veglia) è un importante indice di salute globale, da valutare attentamente ad ogni controllo.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Evidenti alterazioni della motricità (tremori, cloni e startle frequenti; ipotonia o ipertonìa; alterazioni qualitative e/o quantitative della motricità)
- Evidenti alterazioni del comportamento (scarsa vigilanza o reattività generale; succhia con poco vigore, fa meno di 5 pasti al dì; non guarda, non ascolta, scarsa mimica dell'attenzione; pianto flebile o eccessivamente acuto; inconsolabilità)
- Evidenti peggioramenti nel tempo (comparsa di iporeattività, letargia ... oppure inconsolabilità, ipertonìa ...)

Cura degli occhi

Nonostante la profilassi della congiuntivite neonatale ricevuta alla nascita, una piccola percentuale (1-2%) dei neonati può sviluppare una congiuntivite batterica o virale più spesso tra i 2 e i 13 giorni di vita. I segni di infezione sono rappresentati da edema con arrossamento congiuntivale e secrezione muco-purulenta e/o ematica.

Questo quadro va differenziato dalla fisiologica frequente presenza di secrezioni mucose dovute alla scarsa pervietà dei dotti naso-lacrimali, particolarmente evidente al risveglio. Queste possono essere rimosse mediante garze sterili imbevute di acqua sterile, procedendo dall'angolo mediale verso l'esterno (per ridurre il rischio di infezioni della ghiandola lacrimale). Se sono presenti secrezioni crostificate, queste vanno ammorbidite con un impacco di acqua sterile tiepida e quindi rimosse.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Comparsa di segni di infezione oculare (occhi rossi, edema palpebrale, secrezione di materiale purulento e/o ematico)

Emissione di urine

Deve avvenire entro le prime 12-24 ore e, dopo la montata latte, almeno 6 volte al dì.

Emissione di meconio/feci

Deve avvenire entro le prime 24 ore. Successivamente l'emissione è molto variabile e va rapportata al tipo di alimentazione e alle condizioni cliniche generali del neonato.

Ombelico

La mummificazione del cordone è un processo fisiologico che non necessita di intervento particolare. In condizioni di normale igiene (lavarsi le mani!), non vi sono evidenze scientifiche che supportino che l'uso di routine di medicamenti faciliti la caduta del moncone o ne prevenga le infezioni. Vi sono evidenze che l'alcool ne ritarda la caduta.

Il cordone va tenuto pulito e asciutto con garza sterile ed è consigliabile mantenerlo esterno al pannolino.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- Comparsa di segni di infezione dell'ombelico (arrossamento ed edema della cute circostante, secrezione di pus...)

- Mancata caduta del cordone dopo 4 settimane

Bagno e igiene della cute

Non vi sono controindicazioni a fare il bagno al neonato quotidianamente, fin dai primi giorni di vita. Il bagno può essere un'occasione per favorire il contatto fisico (tattile) tra genitori e bambino.

Non è necessario usare materiale sterile né detergenti antisettici. Per un'accurata pulizia della cute è sufficiente usare detergenti che non alterino il pH della cute.

La pulizia dei genitali nella femmina deve andare dal davanti verso la regione anale per ridurre il rischio di contaminazione batterica.

Nei maschi non circoncisi il prepuzio protegge fisiologicamente il glande nel corso dei primi mesi di vita. Non vi è alcuna giustificazione alle manovre routinarie di retrazione del prepuzio ("ginnastica prepuziale"), che possono essere causa di parafimosi e/o di traumatismi con successive fimosi cicatriziali. La pulizia da eventuali contaminazioni fecali va fatta delicatamente, limitando la retrazione del prepuzio al minimo necessario.

Il contatto precoce e prolungato tra madre e neonato e la loro successiva vicinanza, favoriscono il fisiologico meccanismo della colonizzazione batterica neonatale con germi non patogeni provenienti dalla flora batterica saprofitica materna. I neonati colonizzati da batteri diversi da quelli materni sono più a rischio di sviluppare infezioni nel corso delle prime settimane di vita.

Per favorire una fisiologica colonizzazione del neonato vanno rispettate l'intimità e le prime ore del rapporto madre-neonato e va favorito il contatto pelle a pelle. Nei giorni successivi va consentita la vicinanza tra mamma e figlio (ciò che è ottenibile con il rooming-in), va promosso l'allattamento al seno e vanno rispettate le più elementari norme igieniche (lavaggio delle mani!) da parte di chi maneggia il neonato, evitando manipolazioni e contatti superflui.

Profilassi anti-emorragica

La somministrazione di Vit K alla nascita è stata dimostrata efficace nel prevenire la malattia emorragica "classica" del neonato, quella che si verifica 1-7 gg dopo la nascita. La dose è di 1 mg i.m. oppure 2 mg per os (al momento, nonostante alcune segnalazioni, non esistono evidenze che la somministrazione di vit. K i.m. sia dannosa).

La somministrazione i.m., ma non quella per os, sembra proteggere anche dalla malattia emorragica tardiva (1-3 mesi), evenienza rara (1:10-25.000 neonati non profilassati) che colpisce soprattutto i lattanti allattati al seno.

Perciò nei profilassati alla nascita con vit K per os, attualmente si propone di continuare la profilassi per i primi 2-3 mesi con 2 mg di vit. K per os alla settimana, per la prevenzione della malattia emorragica tardiva (efficacia e schemi di somministrazione non sono ancora ben stabilite, per cui le raccomandazioni variano tra i vari paesi e i vari autori)

Screening biochimici

In tutte le Regioni sono obbligatori alcuni screening (per ipotiroidismo, fenilchetonuria, fibrosi cistica ed eventualmente altre malattie), che vanno effettuati secondo le modalità indicate dal centro Regionale responsabile, comunque non oltre i 7 giorni di vita.

Misure anti-SIDS

La SIDS (morte improvvisa del lattante) rappresenta, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi, essendo responsabile del 40% circa dei decessi in tale fascia di età.

E' pertanto necessario informare i genitori, anche prima della nascita, sui fattori protettivi della SIDS e cioè:

- evitare la posizione prona e se possibile di fianco nel sonno, a meno di precise indicazioni mediche
- non fumare
- evitare l'ipertermia ambientale
- dormire possibilmente nella stessa stanza per i primi 6 mesi

Per promuovere tali raccomandazioni è auspicabile l'utilizzazione di depliant informativi.

Aspetti organizzativi dell'assistenza sul territorio

Obiettivo prioritario è assicurare la continuità delle cure in un periodo in cui non sono accettabili vuoti assistenziali.

In armonia con il PSN 1998-2000 (vedi anche punto D) e del DL 229, l'assistenza al neonato dopo la dimissione spetta ai Servizi territoriali (pdf e servizi strutturati nel DSB).

I contenuti tecnici atti ad assicurare continuità ed omogeneità di cure vanno concordati nell'ambito del DMI tra U.O. di pediatria/neonatologia, pdf e Servizi distrettuali.

Nei casi in cui la continuità delle cure non possa essere affidata, per particolari necessità assistenziali o per insufficiente disponibilità ai servizi territoriali, sarà cura dell'U.O. ospedaliera garantire l'assistenza per il periodo neonatale.

Si raccomanda, in questo quadro, alle Regioni e alle Aziende di operare dal punto di vista organizzativo e contrattuale per garantire la precoce presa in carico del neonato da parte del pdf.

Nei casi di dimissione entro le 72 ore, ed in particolare in quelli entro le 48 ore, è indicata una visita pediatrica entro 2-4 giorni dalla dimissione.

L'osservazione e la valutazione extraospedaliera di base del neonato, incluso il supporto pratico per l'allattamento al seno, vengono offerte con scadenza personalizzate fino a 30 giorni dalla nascita, anche dagli operatori dei Servizi territoriali in accordo con la pediatria di famiglia e tenendo conto delle indicazioni eventualmente fornite dal punto nascita in rapporto a specifiche esigenze assistenziali.

Per lo stesso periodo pare opportuno fornire anche la possibilità di consulenza telefonica per le famiglie. Tale servizio potrebbe essere attivato presso il centro neonatale o organizzato sul territorio.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE IN PUERPERIO E AL NEONATO

Al fine di garantire la continuità assistenziale dopo la nascita, va attivata l'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica territoriale.

Di tale offerta va informata la puerpera prima della dimissione dall'ospedale, concordando, ogni qualvolta possibile, già la data dei primi appuntamenti e fornendo il nominativo degli operatori e dei servizi incaricati.

In particolare si formulano le seguenti raccomandazioni:

1. L'iscrizione del neonato al pdf va fatta entro il momento delle dimissioni, fornendo appropriate informazioni sui pediatri disponibili e sull'ubicazione dei loro ambulatori. La prima visita del pdf dovrebbe essere effettuata entro i primi 7-10 giorni di vita, in relazione ai percorsi e alle procedure definite in accordo con il punto nascita e in rapporto con i tempi della dimissione (vedi anche le raccomandazioni sull'assistenza territoriale riportate nel punto C).
2. L'eventuale effettuazione di screening o di altre procedure non di competenza strettamente medica, incluso il supporto pratico per l'allattamento al seno, possono essere affidati agli operatori non medici dei servizi territoriali; anche in questo caso tempi e procedure devono essere concordati con il punto nascita.
3. L'assistenza alla puerpera va garantita dall'ostetrica, ponendo cura alla continuità assistenziale e al rapporto di fiducia con l'operatore.
4. Spetta al DSB garantire, in accordo con il punto nascita e la pediatria di famiglia l'effettuazione delle prestazioni ai punti 1-2-3, i cui contenuti tecnici restano, per lo meno nei primi 7 giorni e in armonia con quanto già indicato altrove in questo documento, da definire in accordo con l'U.O. responsabile.
5. In tutti i casi in cui, sia durante la gravidanza che al momento della nascita, emergano problematiche specifiche che richiedono l'apporto di servizi e operatori diversi a quelli già menzionati (servizio sociale, specialisti) e l'eventuale contributo del privato sociale, tali operatori dei servizi vanno pure contattati per una presa in carico prima delle dimissioni, in modo da garantire un'offerta attiva da parte del DSB.
6. Dato il costante incremento degli stranieri extracomunitari di varia etnia e cultura, si raccomanda l'utilizzazione della figura della *mediatrice culturale* con compiti di: informazione sui servizi, promozione della comunicazione con essi, coinvolgimento e sostegno delle donne immigrate, dei bambini e delle loro famiglie, valorizzazione della loro presenza e promozione della integrazione sociale.
7. In fase di impianto del servizio, gli aspetti tecnici e operativi vanno concordati fra i responsabili dei servizi interessati e con la partecipazione degli operatori, prevedendo, quando ritenuto opportuno, incontri di aggiornamento e di definizione comune dei percorsi assistenziali. Incontri periodici per la verifica del servizio offerto sono naturalmente auspicati con cadenza perlomeno annuale.

Come previsto dalle raccomandazioni del progetto obiettivo materno-infantile, il *Consultorio Familiare* dovrebbe svolgere un ruolo centrale e crescente nel supporto alle madri e ai bambini in questa fase, curando in particolare sia i casi con bisogni speciali, sia l'offerta di momenti di incontro e formazione per i genitori finalizzati alla migliore conoscenza del bambino e allo sviluppo di reti di relazione e di supporto. Si vedano anche in proposito le opportunità e le linee guida per la realizzazione di progetti in base alla legge 285 del '97.