



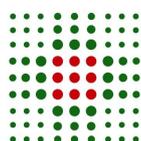
**LINEE DI INDIRIZZO  
REVISIONE SISTEMATICA DELLE PROVE**

*Continuità delle cure*

# **Dimissione della mamma e del bambino dal punto nascita**

**Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita**

**Ottobre 2019**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

## **Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita Gruppo di lavoro "Continuità delle cure"**

---

**Paola Dallacasa**, medico pediatra, Bologna - *coordinatrice*

**Vittorio Basevi** medico ginecologo-ostetrico, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva, Servizio assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna

**Elena Baiocchi**, ostetrica, Azienda USL Romagna;

**Antonella Beccati**, ostetrica, Azienda USL di Ferrara;

**Silvana Borsari**, medico ginecologo-ostetrico, Azienda USL di Modena

**Antonella Brunelli**, medico pediatra, Azienda USL Romagna;

**Luca Casadio**, medico pediatra, Azienda USL Romagna;

**Elena Castelli**, Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna;

**Claudio Chiossi**, medico pediatra, Azienda USL di Modena;

**Guido Cocchi**, medico pediatra, Università degli Studi di Bologna;

**Samuela Concetti**, ostetrica, Azienda USL di Ferrara;

**Elisa Davoli**, ostetrica, Azienda ospedaliera Universitaria di Modena;

**Carla Dazzani**, ostetrica, Bologna;

**Maria Cristina Galli**, ostetrica, Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena;

**Giorgio Gazzola**, pediatra di libera scelta, Parma;

**Gloria Giacomini**, medico ginecologo-ostetrico, Azienda USL Romagna;

**Susanna Giorgetti**, medico ginecologo-ostetrico, Azienda USL Romagna;

**Patrizia Girotti**, ostetrica, Azienda USL di Bologna;

**Giuseppina Greco**, ostetrica, Azienda USL Romagna;

**Alessandra Guido**, ostetrica, Azienda ospedaliera Universitaria di Modena;

**Chiara Lanzoni**, medico ginecologo-ostetrico, Azienda USL Romagna;

**Maria Cristina Lottici**, ostetrica, Azienda USL di Parma;

**Gabriele Natali**, pediatra di libera scelta, Bologna;

**Giuseppina Oliva**, ostetrica, Azienda USL Romagna;

**Maria Cristina Pagliani**, ostetrica, Azienda USL di Modena;

**Cristiana Pavesi**, ostetrica, Azienda USL di Piacenza;

**Monica Pedroni**, Servizio Politiche Sociale e Socioeducative, Regione Emilia-Romagna;

**Katia Rossi**, medico pediatra, Azienda ospedaliera Universitaria di Modena;

**Alessandro Volta**, medico pediatra – Azienda USL di Reggio Emilia;

**Redazione e impaginazione a cura di:** Elena Castelli – Servizio Assistenza territoriale – Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna

**Copia del volume può essere scaricata dall'URL:** <http://www.saperidoc.it/>

*La riproduzione e la traduzione, in parte o totale, delle pagine contenute in questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali*

# Indice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>GLOSSARIO E LISTA DELLE ABBREVIAZIONI .....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>PREMESSA.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1. DURATA DELLA DEGENZA.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. CRITERI DI DIMISSIBILITÀ E PROFESSIONISTI COINVOLTI .....</b>                            | <b>6</b>  |
| 2.1. PUERPERA .....  | 6         |
| 2.2. NEONATO.....  | 7         |
| <b>3. CONTINUITÀ DELLE CURE DAL PUNTO NASCITA AL TERRITORIO.....</b>                           | <b>7</b>  |
| 3.1. PASSAGGIO IN CURA DELLA PUERPERA AL TERRITORIO.....                                       | 8         |
| 3.2. DICHIARAZIONE DI NASCITA E PASSAGGIO IN CURA DEL NEONATO<br>AL PEDIATRA DI FAMIGLIA ..... | 8         |
| 3.3. LETTERA DI DIMISSIONE.....  | 10        |
| 3.3.1. <i>Puerpera</i> .....   | 10        |
| 3.3.2. <i>Neonato</i> .....  | 10        |
| 3.4. PRESCRIZIONI IN DIMISSIONE .....  | 11        |
| 3.5. INFORMAZIONI/CONSIGLI.....  | 11        |
| <b>4. DIMISSIONE PUERPERA/NEONATO SANO CON BISOGNI SPECIALI.....</b>                           | <b>14</b> |
| <b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>   | <b>15</b> |

## ALLEGATI

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Allegato 1: PROFILI ASSISTENZIALI IN DIMISSIONE .....</b>                          | <b>18</b> |
| <b>Allegato 2: PARAMETRI DA VALUTARE PRIMA DELLA DIMISSIONE.....</b>                  | <b>21</b> |
| <b>Allegato 3: SCHEDA LATCH E SCORE BAS .....</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>Allegato 4: CRITERI DI DIMISSIBILITÀ DELLA PUERPERA.....</b>                       | <b>23</b> |
| <b>Allegato 5: CRITERI DI DIMISSIBILITÀ DEL NEONATO.....</b>                          | <b>24</b> |
| <b>Allegato 6: DATI DA RIPORTARE NELLA LETTERA DI DIMISSIONE DELLA PUERPERA .....</b> | <b>25</b> |
| <b>Allegato 7: DATI DA RIPORTARE NELLA LETTERA DI DIMISSIONE DEL NEONATO .....</b>    | <b>26</b> |

## Glossario e lista delle abbreviazioni

|         |  |
|---------|--|
| AAP:    | American Academy of Pediatrics   |
| ACN:    | Accordo Collettivo Nazionale   |
| BAS:    | Breastfeeding Assessment Score, punteggio di valutazione della poppata   |
| CAD:    | Centro Antidiabetico   |
| CedAP:  | Certificato di Assistenza al Parto   |
| DPC:    | Dimissione Puerpera CONDIVISA  |
| DPO:    | Dimissione Puerpera OSTETRICA  |
| DPR:    | Decreto del Presidente della Repubblica  |
| DM:     | Decreto Ministeriale   |
| LATCH:  | scheda utilizzata per valutare l'attacco del bambino al seno <ul style="list-style-type: none"><li>• L Latch= attacco al seno</li><li>• A (Audible swallowing) = deglutizione udibile</li><li>• T (Type of nipple) = tipo di capezzolo</li><li>• C (Comfort) = comfort della mammella e del capezzolo</li><li>• H (Hold) = presa e posizione della madre e del neonato</li></ul> |
| LVP:    | Lesioni Vagino-Perineali   |
| MMG:    | Medico di Medicina Generale  |
| OT:     | Ombelicale Trasversa   |
| NRS:    | Numeric Rating Scale (scala a punteggio numerico)  |
| PA:     | Parto in Analgesia   |
| PE:     | Perdite Ematiche   |
| PI:     | Parto Indotto  |
| PLS:    | Pediatra di Libera Scelta/di famiglia  |
| PO V/K: | Parto Operativo Ventosa/Kristeller   |
| PP:     | Parto Pilotato   |
| PROM:   | (Premature Rupture of the Membranes) rottura prematura delle membrane  |
| PS:     | Parto Spontaneo  |
| PSSR:   | Piano Sociale e Sanitario Regionale  |
| RCU:    | Revisione Cavità Uterina   |
| SEG:    | Settimane di Età Gestazionale  |
| Ser.T:  | Servizio per le Tossicodipendenze  |
| SGB:    | Streptococco di gruppo B o <i>Streptococcus agalactiae</i>   |
| SSN:    | Servizio Sanitario Nazionale   |
| SSR:    | Servizio Sanitario Regionale   |
| SIDS:   | (Sudden Infant Death Syndrome) o sindrome della morte in culla   |
| TC:     | Taglio Cesareo   |
| TP:     | Terapia  |

## Premessa

La nascita di un bambino è indubbiamente l'evento di maggiore complessità nella vita sociale e individuale della donna; in particolare il periodo dopo il parto è caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali con l'acquisizione di un nuovo ruolo e di una nuova identità, specialmente nelle donne alla prima esperienza, tutte condizioni che richiedono buone capacità di adattamento **(1)**.

Il percorso di accompagnamento da offrire ai futuri genitori deve essere in grado di assicurare una maggiore consapevolezza e serenità durante l'esperienza della gravidanza, del parto e del ritorno a casa con risposte integrate che coinvolgono non solo la componente sanitaria ma anche quelle sociale ed educativa.

Occorre quindi che la struttura sanitaria assuma stili organizzativi e modalità di intervento adeguate ad aspettative di sicurezza e di salute, ma attente anche al benessere affettivo e all'organizzazione genitoriale, familiare e sociale promuovendo in collaborazione con i servizi socio-educativi azioni di facilitazione per le famiglie con bambini piccoli attraverso una rete di opportunità articolate e strutturate affinché sia la madre che la coppia, nella scelta di procreare, possano modulare il loro impegno educativo con sufficienti garanzie.

Le cure da offrire nel postpartum debbono porsi l'obiettivo di permettere alla famiglia un "buon avvio", individuando precocemente eventuali problemi di salute nella madre/neonato tutt'altro che infrequenti nei giorni e settimane dopo il parto **(2,3,4)**.

La tutela della relazione madre-bambino e dell'allattamento, l'attenzione alle fragilità familiari insieme alla sicurezza e al rispetto della fisiologia rappresentano gli obiettivi di riferimento da garantire uniformemente nella pianificazione della dimissione di madre/neonato avendo nella continuità assistenziale, partecipazione dei genitori e organizzazione per percorsi i principali punti di forza per il raggiungimento di questi obiettivi. Va tenuto presente che:

- la dimissione dal punto nascita rappresenta solo un momento del percorso, strettamente collegata con il "prima" (gravidanza-parto) e il "dopo" (puerperio), percorso che prende avvio al primo contatto della gestante con l'ostetrica del consultorio, fino alla presa in carico del neonato e della puerpera da parte del pediatra di famiglia, dell'ostetrica del consultorio e degli altri servizi territoriali;
- il coinvolgimento dei genitori nelle procedure e nelle decisioni assistenziali facilita l'acquisizione di competenze autonome e rende più sicura la dimissione. Nel corso della degenza postnatale la continuità dei contatti madre/bambino, la comunicazione genitori-operatori e il supporto all'avvio dell'allattamento (nel rispetto delle scelte della mamma) rappresentano la migliore preparazione alla dimissione. Programmi informativi durante la gravidanza, la degenza ospedaliera e dopo la dimissione possono favorire l'acquisizione di queste competenze;

- la messa in atto di interventi assistenziali o di sostegno post-dimissione richiedono collaborazioni efficaci e reciprocità di informazioni tra i diversi profili professionali che si occupano di neonato, madre e famiglia e devono trovare riscontro in procedure/protocolli condivisi fra i diversi servizi coinvolti. In accordo con quanto stabilito dal PSSR si sottolinea l'importanza di:
  - attivare azioni di sostegno alla genitorialità, di prevenzione e cura (es. interventi educativi domiciliari e/o home visiting e/o altri programmi di intervento);
  - promuovere nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio) fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali.

Esiste una mole di studi che analizzano l'efficacia delle diverse tipologie di "cure" da offrire nel postpartum, in particolare relativi a tre aspetti:

- durata ottimale della degenza ospedaliera postpartum;
- condizioni che devono essere garantite relative a madre/neonato perché la dimissione possa definirsi appropriata;
- tipologia di offerta assistenziale alla coppia madre/bambino una volta rientrata a domicilio.

Nel presente documento vengono affrontati i primi 2 punti, in particolare il passaggio in cura dal punto nascita al territorio e le informazioni utili da fornire in dimissione. Per quanto riguarda il terzo punto, non oggetto di questo documento, si sottolinea come dall'analisi dei modelli delle cure routinarie offerte a madre/neonato riportati in letteratura non sia possibile al momento trarre conclusioni tali da indirizzare verso una scelta che conservi l'efficacia in qualunque contesto, stante l'eterogeneità clinica e metodologica fra i diversi setting di studio, mentre è condiviso l'orientamento di collocare l'assistenza al puerperio dopo la dimissione dall'ospedale nell'ambito delle cure primarie **(5)**.

## 1. Durata della degenza

L'*American Accademy of Pediatrics* (AAP) suggerisce che la durata della degenza debba essere tale da permettere l'identificazione di eventuali problemi e assicurarsi che la madre si sia ripresa e sia in grado di prendersi cura di sé stessa e del suo neonato e che a domicilio vi sia la disponibilità di un adeguato sistema di supporto e la possibilità di accedere in modo appropriato alle cure post-dimissione **(6)**.

Nei punti nascita della Regione Emilia-Romagna, in assenza di complicanze, la degenza è di due giorni per il parto vaginale e tre per il parto cesareo. La dimissione del neonato sano avviene quindi tra 48 e 72 ore di vita con almeno due notti di degenza.

Un'indagine conoscitiva condotta nei principali punti nascita della Regione dimostra come quest'ultima si protragga nel caso di neonati *late-preterm* (età gestazionale compresa fra 34 e 36 settimane +6 giorni e che costituiscono circa il 5% dei nuovi nati in Emilia-Romagna) in base a una serie di criteri che variano da centro a centro.

È un periodo molto breve durante il quale i professionisti dell'assistenza devono osservare il fisiologico adattamento del neonato alla vita extrauterina, l'instaurarsi di una buona relazione madre/bambino, il fisiologico evolversi del postpartum prendendosi cura della diade mamma/neonato e della loro salute, offrendo le migliori cure e il maggior comfort per sostenere l'avvio del primo rapporto e dell'allattamento **(6,7)**.

La dimissione per definirsi appropriata deve tenere conto del benessere di madre e bambino, dell'eventuale presenza di fattori di rischio sociale o relazionale e delle opportunità presenti nel territorio. La dimissione veramente "**appropriata**" è anche "**concordata**" in quanto tiene conto delle esigenze dei genitori. Gli stessi devono essere incoraggiati a partecipare attivamente alle decisioni in merito alla dimissione e alla predisposizione del successivo piano assistenziale. La decisione di dimettere puerpera/neonato è pertanto una **decisione collegiale** che deve vedere coinvolti, oltre alla madre/padre/famiglia, tutti i professionisti, anche territoriali nelle situazioni complesse, interessati nella cura della madre stessa e del neonato (ostetrica, infermiera, pediatra, assistente sociale, ecc.)

Deve essere garantita la possibilità di protrarre la degenza quando non siano soddisfatti i criteri di dimissibilità e quando non sia stato possibile definire il piano di sostegno post-dimissioni nei casi che lo richiedono.

Dimissioni anticipate (< 48 ore) sono limitate a situazioni selezionate. In questi casi deve essere assicurata al neonato/a l'esecuzione dei controlli/screening necessari da parte del punto nascita/servizi territoriali.

## 2. Criteri di dimissibilità e professionisti coinvolti

Società scientifiche e Istituzioni hanno messo a punto una serie di raccomandazioni che possono essere di aiuto per rendere “**sicura**” la dimissione e sostenere adeguatamente la salute di madre e neonato (6-12).

Basandosi su questi documenti il gruppo di lavoro regionale ha individuato una serie di criteri che debbono essere soddisfatti al momento della dimissione per proteggere, promuovere e sostenere la salute della madre/neonato/famiglia una volta a domicilio

Prima di procedere alla dimissione occorre che si siano definiti i bisogni di puerpera/neonato nei suoi diversi aspetti (clinici, emozionali e sociali) dopo il ritorno a casa e gli interventi da mettere in atto (quando indicati). La valutazione dei bisogni e la definizione di eventuali interventi di sostegno richiedono una condivisione fra i diversi professionisti (oltre che con puerpera/famiglia) che si occupano della diade madre/neonato, ciascuno per gli aspetti di propria competenza.

### 2.1. Puerpera

Il *midwifery-led model* riconosce nell'ostetrica la figura professionale appropriata per offrire l'assistenza durante la gravidanza/travaglio/ parto/puerperio in modo autonomo nelle condizioni di basso rischio (13,14). Quest'approccio è fondato sul concetto che la gravidanza e la nascita sono normali eventi della vita e che l'assistenza da offrire debba basarsi sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita, accompagnata dalla quantità minima di interventi necessari.

Analogamente a quanto previsto nel percorso di assistenza alla gravidanza e al travaglio/parto, per individuare le modalità e le professionalità coinvolte nella dimissione occorre individuare il livello di cure espresso dalle condizioni della puerpera e valutare quali professionisti hanno le competenze per fornirle. Concentrare l'attenzione al profilo appropriato comporta che a livello locale, in base alle competenze professionali disponibili, vengano stabiliti i profili assistenziali per i quali la dimissione è in carico alla sola ostetrica e quelli nei quali è necessario il coinvolgimento del medico o di altre figure professionali.

A titolo esemplificativo il gruppo di lavoro ha individuato un elenco abbastanza esaustivo delle possibili condizioni presentate dalla puerpera al momento della dimissione, distinguendo quelle nelle quali l'ostetrica ha le competenze per fare la dimissione in autonomia e quelle nelle quali vi è il coinvolgimento di altre figure professionali (ginecologo, assistente sociale, ecc.) (**allegato 1**).

Nell'**allegato 2** sono descritti i parametri che l'ostetrica deve valutare in fase di dimissione in tutte le puerpere. La scheda è stata costruita tenendo conto di quanto suggerito da linee guida e dall'esperienza maturata nei punti nascita della regione (7,10).

Si sottolinea in particolare la valutazione del dolore, e l'attenzione all'allattamento mediante la scheda LATCH (modificata da Jensen) e lo score BAS (11,15,16) (allegato 3)

Nell'allegato 4 sono evidenziati i criteri che devono essere soddisfatti per dimettere la puerpera (8).

## 2.2. Neonato

Nell'allegato 5 sono riportati i criteri che debbono essere soddisfatti per dimettere il neonato. Nella loro scelta si è tenuto conto di quanto suggerito nel documento regionale *Il profilo assistenziale del neonato sano* rivisto alla luce delle più recenti raccomandazioni comparse in letteratura e dell'esperienza maturata nel frattempo nei diversi punti nascita della Regione (6,8,9,17,18).

Particolare attenzione va riservata ai **neonati late-preterm**. Nel programmare la loro dimissione occorre tenere presente che i diversi apparati/sistemi coinvolti nell'adattamento neonatale potrebbero non essere giunti ancora a maturazione (in particolare termoregolazione, nutrizione efficace, controllo glicemico, rischio di iperbilirubinemia tardiva ecc.) o, dopo una fase iniziale di buon avvio, ritornare di nuovo deficitari, per cui si rende necessario un monitoraggio più attento per i primi giorni/settimane di vita fino alla stabilizzazione definitiva (19,20).

L'indagine conoscitiva a cui si è accennato in precedenza dimostra che non vi è una condivisione dei criteri di dimissibilità del nato *late-preterm* aggiuntivi a quanto già previsto per il nato a termine riportati nell'allegato 4. Si tratta più spesso del raggiungimento di una determinata età gestazionale [35/36 SEG], e/o ripresa dell'incremento ponderale oltre a una suzione valida.

## 3. Continuità delle cure dal punto nascita al territorio

La dimissione dall'ospedale è un momento cruciale nel percorso nascita ai fini di garantire continuità nelle cure. Per procedere alla dimissione occorre quindi che sia già noto:

- quali professionisti si prenderanno cura della madre e del neonato
- i tempi della presa in carico e del primo controllo post-dimissione.

Nell'organizzazione attuale, se è possibile identificare anticipatamente i professionisti di riferimento della puerpera (medico di base, ostetrica/ginecologo del consultorio ecc.), critica risulta essere la scelta del pediatra di base che si deve prendere cura del neonato qualora si tratti di un primogenito. La recente indagine sui tempi intercorsi fra giorno di

nascita e scelta del pediatra di famiglia (**tabella 1**) dimostra come questa avvenga in meno della metà dei casi entro i 3 giorni con ampie variabilità fra le Aziende sanitarie.

**Tabella 1:** Anno 2017

| Intervallo<br>(giorni) | Piacenza |      | Parma |      | Reggio E. |      | Modena |      | Bologna |      | Imola |      | Ferrara |      | Romagna |      | TOTALE |      |
|------------------------|----------|------|-------|------|-----------|------|--------|------|---------|------|-------|------|---------|------|---------|------|--------|------|
|                        | N        | %    | N     | %    | N         | %    | N      | %    | N       | %    | N     | %    | N       | %    | N       | %    | N      | %    |
| 0-2                    | 943      | 41,5 | 1.055 | 27,6 | 1.804     | 39,2 | 2.318  | 38,0 | 4.183   | 58,8 | 48    | 4,2  | 1.327   | 62,0 | 1.887   | 21,6 | 13.565 | 37,7 |
| 3-6                    | 690      | 30,3 | 832   | 21,8 | 1.671     | 36,3 | 2.285  | 37,4 | 1.429   | 20,1 | 614   | 53,8 | 401     | 18,7 | 3.921   | 44,9 | 11.843 | 33,0 |
| 7+                     | 641      | 28,2 | 1.932 | 50,6 | 1.128     | 24,5 | 1.501  | 24,6 | 1.501   | 21,1 | 479   | 42,0 | 414     | 19,3 | 2.930   | 33,5 | 10.526 | 29,3 |
| TOTALE                 | 2.274    |      | 3.819 |      | 4.603     |      | 6.104  |      | 7.113   |      | 1.141 |      | 2.142   |      | 8.738   |      | 35.934 |      |

### 3.1. Passaggio in cura della puerpera al territorio

Deve essere offerto a tutte le puerpere un incontro con l'ostetrica presso l'ambulatorio del consultorio di riferimento entro 1-2 settimane dalla dimissione dal punto nascita. Si rimanda al documento sugli standard dell'assistenza ostetrica per il contenuto di questo incontro.

Le situazioni nelle quali la visita da parte dell'ostetrica debba essere anticipata e le modalità da mettere in atto vanno definite a livello locale.

### 3.2. Dichiarazione di nascita e passaggio in cura del neonato al pediatra di famiglia

L'accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. (Delibera regionale 17/1997) prevede la presa in carico tempestiva del neonato sano con una visita al nuovo nato entro la prima settimana di vita con i seguenti obiettivi:

- Sostenere e fornire assistenza a madre e neonato nel primo periodo della vita
- Identificare tempestivamente condizioni di rischio sociale e/o sanitario
- Promuovere un fisiologico adattamento neonatale e l'allattamento
- Sostenere il benessere familiare favorendo il reciproco attaccamento madre-bambino

Al fine di garantire questa presa in carico precoce occorre che prima della dimissione dal punto nascita i genitori abbiano scelto il pediatra di famiglia e abbiano già concordato la data della prima visita di controllo.

La scelta del pediatra è subordinata alla disponibilità del codice fiscale del nuovo nato: l'iscrizione nei registri d'anagrafe in seguito alla dichiarazione di nascita permette al Comune, attraverso il sistema telematico di collegamento con l'Anagrafe tributaria, di assegnare il codice fiscale. Iscrizione all'anagrafe comunale e rilascio del codice fiscale consentono a loro volta di iscrivere il neonato al Servizio Sanitario Regionale (presso

l'Anagrafe sanitaria di residenza) e al pediatra di famiglia (presso l'Anagrafe sanitaria di assistenza).

La dichiarazione di nascita, cui consegue la formazione dell'atto di nascita e della conseguente registrazione anagrafica, deve avvenire entro 10 giorni presso il Comune dove è avvenuto il parto o il Comune di residenza di uno o entrambi genitori (DPR n. 396 del 03/11/2000 art. 30 comma 4 scaricabile dal sito <http://www.informafamiglie.it/documenti-e-pratiche/la-denuncia-di-nascita>).

L'iter "classico" appena descritto ha dei tempi che male si conciliano con la scelta del pediatra di famiglia prima della dimissione dal punto nascita per cui si propone alle Aziende sanitarie di identificare le modalità operative più idonee a premettere la dichiarazione di nascita, il rilascio del codice fiscale e la scelta del pediatra già durante la permanenza in ospedale.

Per favorirne l'implementazione, occorre che la donna/coppia riceva l'informazione su questa procedura (corredata da scheda informativa, con anche l'elenco di pediatri di famiglia) già in gravidanza o presso l'ambulatorio della gravidanza a termine per le gravide non seguite in consultorio, informazione che andrà ripresa durante la degenza dopo il parto.

**Prima della dimissione dal punto nascita i genitori devono comunque avere individuato il pediatra di famiglia che eseguirà la prima visita, preferenzialmente lo stesso che seguirà il bambino anche successivamente, e la data di effettuazione: l'appuntamento deve essere riportato nella lettera di dimissione del neonato.**

**I genitori residenti in altre sedi vengono invitati a eseguire tempestivamente la scelta presso il distretto sanitario di residenza.**

Qualora non sia stato possibile individuare un pediatra di famiglia in grado di eseguire la visita entro i tempi previsti, sarà compito del pediatra del punto nascita stabilire se la prima visita post-dimissione possa essere posticipata. In caso di risposta negativa sarà il punto nascita stesso a rivedere il neonato.

In assenza di fattori di rischio, la prima visita **deve essere prevista entro 4** giorni dalla dimissione, e comunque entro la prima settimana di vita del neonato, come da Accordo.

Come già anticipato, i tempi dei controlli post dimissione dei **neonati late-preterm** devono tenere conto del fatto che la stabilizzazione dei parametri osservata nei primi 2-3 giorni di nascita possa deteriorarsi in seguito (soprattutto nei primi 10 giorni), in particolare per quanto riguarda la termoregolazione, la nutrizione efficace e l'aumento ponderale e il rischio di un incremento tardivo della bilirubinemia (**19,20**). Il primo controllo dopo il rientro a domicilio non può prescindere dal livello di maturità raggiunto dal neonato *late-preterm* al momento della dimissione. Analogamente a quanto

riscontrato per i criteri di dimissibilità, l'indagine conoscitiva mostra una discreta variabilità nei tempi e nei servizi coinvolti nella prima visita post-dimissione.

Si suggerisce quindi che la visita venga effettuata **entro le 48 ore** successive al rientro a domicilio dal Pediatra di famiglia/professionista del servizio territoriale o presso l'ambulatorio del punto nascita in base agli accordi locali. In letteratura si sottolinea l'opportunità di ulteriori controlli nei giorni/settimane successive.

Devono essere definite corsie preferenziali di contatto e invio al punto nascita di riferimento o ad altri livelli, qualora il pediatra di famiglia, durante le prime visite, riscontri la necessità di approfondimenti clinici e/o strumentali.

### **3.3. Lettera di dimissione**

Due sono gli aspetti presi in considerazione:

- contenuto della lettera di dimissione per puerpera e neonato;
- modalità di trasferimento del contenuto della lettera di dimissione dall'ospedale al territorio limitatamente al neonato;

Il gruppo di lavoro ha cercato di individuare le informazioni socio-sanitarie da trasmettere ai professionisti che si prenderanno cura della madre e del bambino a domicilio tenendo presente l'esperienza maturata in alcune realtà regionali e quanto riportato in letteratura **(6,10)**.

#### **3.3.1. Puerpera**

Contenuto della lettera di dimissione: i dati che debbono essere riportati nella lettera di dimissione sono descritti nell'**allegato 6**. I dati relativi ai punti 14,15,16 sono condivisi con il pediatra e vanno riportati anche nella lettera di dimissione del neonato.

#### **3.3.2. Neonato**

Contenuto della lettera di dimissione: la lettera di dimissione deve contenere i dati utili sullo stato di salute del neonato a supporto del percorso clinico del bambino, dati che concorrono alla costruzione del fascicolo sanitario elettronico del nuovo nato, che dovrebbe andare a sostituire "il libretto di salute" attuale, (*strumento di comunicazione fra pediatra, famiglia e altri professionisti, ma ormai datato e in uso solo in alcune aziende*) e delle cartelle informatizzate in uso dai PLS. A questo proposito si suggerisce che vengano fornite in fase di dimissione le informazioni utili per l'attivazione precoce del fascicolo sanitario elettronico. Nella scelta dei dati da inserire si è pertanto tenuto conto delle voci presenti in queste ultime (vedi **allegato 7**), molte delle quali già presenti nel CedAP. La lettera di dimissione dovrà contenere, inoltre, la segnalazione degli

eventuali problemi insorti durante il soggiorno nel punto nascita, la valutazione dell'allattamento (capacità di suzione e avvio efficace dell'alimentazione al seno) e, per i casi che richiedono sostegno, la definizione del piano da attuarsi post-dimissione (vedi sotto). Questi ultimi due punti sono ripresi anche nella lettera di dimissione della puerpera e condivisi con la componente ostetrica in particolare per le situazioni di maggiore fragilità.

Modalità di trasferimento dei dati: se attualmente il trasferimento dei dati dal punto nascita al territorio (famiglia/pediatra di famiglia/consultorio) avviene prevalentemente in forma cartacea, in prospettiva le informazioni dovrebbero essere veicolate mediante dato strutturato e in formato standard in modo da poter essere gestite o gestibili dall'applicativo di cartella clinica dei pediatri di famiglia, MMG e Consultorio familiare, oltre che dal Fascicolo sanitario.

### **3.4. Prescrizioni in dimissione**

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche da eseguirsi dopo la dimissione devono essere riportate nella lettera di dimissione con la data di prenotazione, la sede del servizio che eroga la prestazione e la richiesta su ricettario del SSR (dove richiesto dal servizio) siano essi relativi alla puerpera che al neonato. Relativamente a quest'ultimo vanno riportati anche la data della prima visita post-dimissione da parte del pediatra di famiglia e il luogo e la data in cui eseguire controlli in caso di risultati dubbi/positivi degli screening obbligatori.

La lettera di dimissione deve inoltre contenere la descrizione di eventuali piani (condivisi con madre/padre/famiglia) di sostegno all'allattamento\* e/o al ruolo genitoriale e il servizio/ professionista cui rivolgersi in caso di difficoltà.

Nella lettera di dimissione non deve esserci uno spazio per la prescrizione di latte artificiale: tale prescrizione deve essere data solo su base individuale nei casi in cui il medico lo ritenga necessario (DM 9 aprile 2009 n.82).

### **3.5. Informazioni/consigli**

Le informazioni da offrire alla donna/coppia al momento della dimissione rivestono un ruolo importante per garantire "sicurezza" dopo il rientro a domicilio (6,8,10). Devono

---

\* **Sostegno all'allattamento:** per quanto riguarda l'allattamento accanto al prioritario riferimento del pediatra può esserci bisogno di consulenze e aiuti pratici, anche urgenti, meglio praticabili in ambienti consultori / ospedalieri ad accesso diretto e gratuito (es. ambulatorio allattamento) la cui gestione è affidata a ostetriche o infermiere specificamente formate e in rete con il volontariato locale (associazioni no profit, *peer counsellors*); gli interventi effettuati dovranno essere annotati e inseriti nella "cartella pediatrica"

essere appropriate e non contraddittorie fra i diversi professionisti per favorire processi decisionali consapevoli da parte della donna (8).

L'assistenza e l'informazione dovrebbero tenere conto della cultura d'origine della donna. Tutte le informazioni dovrebbero essere fornite in modo accessibile non solo alle donne, ma anche ai loro partner e alle loro famiglie, prendendo in considerazione eventuali altri bisogni, come le disabilità fisiche, cognitive o sensoriali e la non conoscenza della lingua.

In generale, bisogna fare il possibile per fornire, alla donna, al suo partner o ad altri importanti membri della sua famiglia, tutte le informazioni e il sostegno di cui hanno bisogno (21).

I temi di competenza ostetrica da affrontare dovrebbero riguardare il primo periodo del puerperio (orientativamente il primo mese dopo il parto) (16,19,21):

- consigli su cura della persona (igiene, lochiazioni, febbre, gestione del seno, controllo del dolore e contracccezione...);
- segni/sintomi che richiedono un inquadramento (cefalee, emorragie, ecc.) con particolare attenzione allo stato emozionale;
- interventi di prevenzione (in particolare prevenzione SIDS, fumo, alimentazione, ecc.);
- training perineale per favorire il ritorno a un buon tono del perineo e prevenire l'incontinenza urinaria (22,23).

Le informazioni e i consigli per la cura del neonato prevedono una condivisione delle due figure principali coinvolte (ostetrica e pediatra/neonatologo), ciascuna per le sue competenze.

L'AAP suggerisce che prima del ritorno a casa i genitori devono aver appreso informazioni e comportamenti utili alla normale gestione del neonato: alimentazione (al seno o al biberon), cura del cordone ombelicale, igiene, manipolazione del neonato senza scosse, posizione supina durante il sonno, non esposizione al fumo di sigaretta, trasporto sicuro in auto. Devono, inoltre, essere in grado di riconoscere possibili situazioni patologiche (es. ittero<sup>†</sup>, disidratazione, ecc.) identificando i segni di allarme (come letargia, scarsa suzione, pianto e colorito anomali, ecc).

Oltre a questi temi si raccomanda di fornire ai genitori che per motivi religiosi o culturali-rituali (religione ebraica, musulmana, provenienza da paesi dell'Africa) possono prevedere la **circoncisione** per i loro figli, le seguenti informazioni:

- la **circoncisione maschile** è una pratica **legale** in Italia (25). È importante informare le famiglie che è sempre possibile rivolgersi alle strutture del servizio

---

<sup>†</sup> L'AAP raccomanda che ogni punto nascita fornisca ai genitori informazioni scritte e verbali sull'ittero neonatale, sulla necessità di monitorarlo e su come monitorarlo (24)

sanitario per questo tipo di intervento e in ogni caso di complicanze conseguenti a intervento eseguito nel paese di origine o al di fuori delle strutture del servizio sanitario. È inoltre necessario raccomandare ai genitori di non rivolgersi mai e per nessun motivo a persone che offrano i loro servizi al di fuori delle strutture sanitarie per l'esecuzione di questa pratica. La circoncisione maschile, infatti, ha un rischio di complicanze trascurabile quando eseguita in ambiente sanitario, mentre al di fuori di questo setting può associarsi a emorragia, ematoma, infezione, lesioni da ustione, e produrre complicanze che possono portare fino al decesso del bambino;

- la **mutilazione genitale femminile**, in tutte le sue forme, è **illegale** in Italia (26). Si raccomanda di fornire un counselling adeguato sui rischi per la salute immediata e futura della bambina, oltre che sugli aspetti di natura legale connessi a questa pratica, anche quando venga effettuata durante un temporaneo soggiorno nel paese di origine.

In cartella clinica andrà data evidenza dell'avvenuta informazione/formazione (vedi: nota criteri dimissibilità) (6) su tutti questi temi, che affrontano comportamenti da mettere in atto fin da subito dopo la dimissione.

Informazioni su altri comportamenti (lettura ad alta voce, ascolto della musica, ecc.) potrebbero essere proposti successivamente dal pediatra di famiglia e/o dai professionisti del consultorio.

Stante la brevità della degenza, è opportuno che i temi affrontati in dimissione siano già stati approfonditi con la madre durante il 3° trimestre di gravidanza per le donne seguite dal consultorio e nei corsi di preparazione alla nascita.

L'informazione orale va sempre accompagnata da una versione scritta.

Alcune di queste informazioni sono già riportate nelle schede informative della cartella *Non da sola* che accompagna la donna durante la gravidanza. È in preparazione un'analoga cartella/contenitore per le informazioni e i consigli che riguardano il neonato da consegnare al genitore alla dimissione, cartella che potrebbe essere progressivamente arricchita delle informazioni utili nei periodi successivi al primo mese di vita (Nati per leggere, Nati per la musica, Genitoripiù, vaccinazioni, ecc.).

Ai genitori deve inoltre essere consegnata una scheda contenente la sede e recapiti telefonici dei servizi che si occupano della salute della puerpera/bambino e del sostegno alla genitorialità sia in ambito sanitario che socio-educativo (pediatra di famiglia, consultorio familiare, centri per le famiglie, associazioni di volontariato, ecc.) cui possono rivolgersi in caso di necessità.

## 4. Dimissione puerpera/neonato sano con bisogni speciali

I sempre più numerosi casi di genitorialità fragile nelle prevalenti declinazioni sociale e psico-relazionale rappresentano una sfida nella continuità assistenziale e nella protezione del percorso dimissione del neonato anche clinicamente sano. Per tali situazioni la dimissione richiede la presenza di un gruppo multidisciplinare la cui attivazione inizia, nei casi noti, ancor prima dalla gravidanza e continua fino alla presa in carico del bambino e della famiglia da parte dei servizi territoriali.

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013, ripreso anche dal PSSR 2017-2019, combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente.

Si sottolinea, in particolare, come la programmazione di questi interventi richieda il coordinamento e la sinergia tra servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) e la valorizzazione e messa in rete delle opportunità che un territorio può offrire a favore della neo-genitorialità (Associazione, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto, ecc).

Spetta al gruppo multidisciplinare con la partecipazione del PLS e/o del MMG e dei professionisti del punto nascita e del territorio (ginecologo, ostetrica, pediatra, assistente sociale, educatore), coinvolgendo la famiglia, di condividere il progetto di dimissione, definendo:

- le azioni di supporto da mettere in campo,
- i tempi e le modalità di verifica del rispetto e dell'efficacia del progetto,
- il monitoraggio delle situazioni di rischio con l'attivazione di eventuali interventi specialistici e/o di tutela,

Poiché il gruppo multidisciplinare può essere costituito da figure professionali appartenenti a servizi diversi all'interno della stessa Azienda sanitaria e a servizi non appartenenti al SSN (in particolare il socio-educativo), occorre stabilire in protocolli d'intesa:

- le modalità di raccordo;
- i compiti e le responsabilità dei diversi operatori coinvolti;
- il professionista che garantisce la comunicazione e il raccordo fra i servizi stessi.

## 5. Bibliografia

1. Centro di documentazione della salute perinatale e riproduttiva. Saperidoc. <http://www.saperidoc.it> (ultimo accesso 04.04.2019).
2. Wiegers TA: *Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope*. J. Neonat. Nurs. 2006, 12(5):1633. Abstract: [http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(06\)00105-0/pdf](http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(06)00105-0/pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
3. Webb DA et al.: *Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationships to functional limitations and emotional well-being*. Birth 2008, 35(3): 1794. Abstract: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844643> (ultimo accesso 04.04.2019).
4. Bernstein HH et al.: *Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the life around newborn discharge study*. Pediatrics 2007, 120(2). [www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/2/e391](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/2/e391) (ultimo accesso 04.04.2019).
5. Haran C et al.: *Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care. A systematic review*. BMC Pregnancy and Children 2014, 14:51. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/51> (ultimo accesso 04.04.2019).
6. Benitz WA, FAAP, Committee on fetus and newborn: *Hospital stay for healthy term newborn infants*. Pediatrics 2015, 135 (5):948. [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-0699](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-0699) (ultimo accesso 04.04.2019).
7. American Academy of Pediatrics: *Safe and Healthy Beginnings: A resource toolkit for hospitals and physicians' offices*. AAP 2009. <https://shop.aap.org/safe-and-healthy-beginnings-a-resource-toolkit-for-hospitals-and-physicians-offices/> (ultimo accesso 04.04.2019).
8. *Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato*. Documento approvato da ACP, SIN, SIP, FIMP, SIPPS, SIMP, Società Europea di Medicina perinatale, SIGO, AOGOI, ANDRIA, SIPPO, Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio, SOI, Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Medico e Bambino 2000, 1: 35-43. [https://www.medicoebambino.com/?id=0001\\_35.pdf](https://www.medicoebambino.com/?id=0001_35.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
9. WHO: *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. 2013. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/) (ultimo accesso 04.04.2019).

10. NICE: *Postnatal care up to 8 weeks after birth* Febbraio 2016. NICE Guideline <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37> (ultimo accesso 04.04.2019).
11. Davanzo R et al.: *Allattamento al seno ed uso del latte materno/umano*. 2015 Position Statement di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP, SIMP. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2415\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
12. *Dimissione del neonato*: documento della task force della SIN. [https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2017\\_244-PE\\_d1.pdf](https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2017_244-PE_d1.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
13. Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales: *Midwifery 2020: Delivery Expectations*, 2010. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216029/dh\\_119470.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216029/dh_119470.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
14. Sandall J et al.: *Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting*. Cochrane 2016. [http://www.cochrane.org/CD004667/PREG\\_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early](http://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early) (ultimo accesso 04.04.2019).
15. Raskovalova T et al.: *Breastfeeding Assessment Score: Systematic Review and Meta-analysis*. Pediatrics 135, 5: e1276, 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/5/e1276> (ultimo accesso 04.04.2019).
16. Dennis C et al.: *Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women*. COCHRANE Database Syst. Rev. 2014. [http://www.cochrane.org/CD007366/PREG\\_interventions-for-treating-painful-nipples-among-breastfeeding-women](http://www.cochrane.org/CD007366/PREG_interventions-for-treating-painful-nipples-among-breastfeeding-women)
17. Agenzia Sanitaria Regionale - Regione Emilia-Romagna: *Il profilo assistenziale del neonato sano*. 2006 Dossier 137: pag. 23. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss137> (ultimo accesso 04.04.2019).
18. NICE: *Routine postnatal care of women and their babies*. NICE clinical guideline 37, 2006. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237> (ultimo accesso 04.04.2019).
19. Whyte RK et al.: Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee: *Safe discharge of the late preterm*. Paediatr. Child Health 2010, 15, 655-660 (Position statement 2011, reaffirmed 2017) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006216/> (ultimo accesso 04.04.2019).

20. Phillips RM et al.: *Multidisciplinary Guidelines for the Care of Late Preterm Infants*. J. Perinatol. 2013, 33 (Suppl. 2, S5-S22) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697041/> (ultimo accesso 04.04.2019).
21. WHO Department of Maternal, Newborn Child and Adolescent Health: *A handbook for Building Skills. Counselling for maternal and newborn health care*. 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44016/1/9789241547628_eng.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
22. Woodley SJ et al.: *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women*. COCHRANE Database System Rev. 2017. Abstract: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub3/full> (ultimo accesso 04.04.2019).
23. Cartabellotta A et al.: *Diagnosi e terapia dell'incontinenza urinaria femminile*. EVIDENCE 2014;6(3): e1000074. <http://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000074.pdf> (ultimo accesso 04.04.2019).
24. American Academy of Pediatrics: *Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant. 35 or More Weeks of Gestation*. Pediatrics 2004; 114: 297-316. <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/1/297> (ultimo accesso 04.04.2019).
25. Comitato nazionale per la bioetica: Presidenza del Consiglio dei Ministri. *La circoncisione: profili bioetici*. 25 settembre 1998. [http://bioetica.governo.it/media/1890/p36\\_1998\\_circoncisione\\_it.pdf](http://bioetica.governo.it/media/1890/p36_1998_circoncisione_it.pdf) (ultimo accesso 04.04.2019).
26. *Legge n. 7/2006: Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (Legge Consolo)*. <http://www.camera.it/parlam/leggi/060071.htm> (ultimo accesso 04.04.2019).
27. American Academy of Pediatrics: Committee on Fetus and Newborn. *Controversies concerning vitamin K and the newborn*. Pediatrics 2003; 112(1 pt 1): 191-192 <https://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/191> (ultimo accesso 04.04.2019).

## Allegato 1. Profili assistenziali in dimissione

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO         | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| PS/PI/PP/PA                      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PO V/K                           | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| TC                               | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| PS pre-TC                        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PARTO GEMELLARE per VIA VAGINALE | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PARTO PRETERMINE                 | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO           | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| P. INTEGRO / LVP I / II            | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| LVP III / IV                       | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| EPISIOTOMIA                        | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| EDEMI/ECCHIMOSI NON IN RISOLUZIONE | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| TRACHELORRAFIA                     | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| SVUOTAMENTO EMATOMA                | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| LOCHI MALEODORANTI                 | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO       | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| SECONDAMENTO MANUALE           | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| PE < o = 500 ml                | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PE > 500 ml                    | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| Hb < o = 8 g/dl (*)            | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| ALTERAZIONI ESAMI EMATOCHIMICI | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                               | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| RCU post parto   | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| TRASFUSIONE DURANTE IL RICOVERO (*)                    | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| EFFETTI COLLATERALI ANESTESIA (es. puntura dura madre) | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                                     | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| DIABETE GESTAZIONALE IN DIETO-TP (*)                         | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| DIABETE GESTAZIONALE IN INSULINO-TP / DIABETE di tipo I / II | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| IPERTENSIONE GESTAZIONALE O CRONICA IN TP                    | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                   | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| PATOLOGIE TIROIDEE in terapia compensate   | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| POSITIVITA' INFETTIVO-LOGICI IN TP (*)     | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| POSITIVITA' INFETTIVO-LOGICI NON IN TP (*) | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| POSITIVITA' HIV                            | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| PZ IN TP ANTIBIOTICA                       | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| ESECUZIONE PROTOCOLLO SEPSI                | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|---|-------------------------|----------------------------------|
| INCONTINENZA URINARIA / AI GAS / FECALE | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| 2 o PIU' CATETERISMI IN DEGENZA         | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| CONDILOMATOSI NON TRATTATA              | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                   | DIMISSIONE P. OSTETRICA | DIMISSIONE P. CONDIVISA          |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| PZ MINORENNE (*)                           | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PZ CASO SOCIALE (*)                        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>            |
| PZ CON DISTURBI PSICOLOGICI / PSICHIATRICI | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| PZ CON PATOLOGIE AUTOIMMUNI                | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |
| PZ CON PATOLOGIE COAGULATIVE o CARDIACHE   | <input type="radio"/>   | <input checked="" type="radio"/> |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO | DIMISSIONE P. OSTETRICA   | DIMISSIONE P. CONDIVISA   |
|--------------------------|---|---|
| PZ CON SCLEROSI MULTIPLA |  |  |
| PZ INFIBULATA            |  |  |
| PZ CON VAGINISMO         |  |  |
| ALTRO                    |  |  |

| PARAMETRI DI RIFERIMENTO                       | DIMISSIONE P. OSTETRICA   | DIMISSIONE P. CONDIVISA   |
|--|---|---|
| RIENTRO per PATOLOGIE ALLATTAMENTO             |  |  |
| RIENTRO per COMPLICANZE / INFEZIONI PUERPERALI |  |  |

#### Modalità di dimissione:

- **DPO: Dimissione Puerpera OSTETRICA**

La dimissione avviene esclusivamente ad opera dell'Ostetrica che segue la puerpera  
SE tutti i parametri rientrano nel campo di competenza OSTETRICA

- **DPC: Dimissione Puerpera CONDIVISA**

La dimissione prevede la collaborazione dei due professionisti

SE uno o più parametri rientrano nel campo di CONDIVISIONE

(\*) *Per i casi particolari contrassegnati con l'asterisco, bisognerà fare riferimenti ai protocolli in uso nelle Aziende*

#### A. Paziente con Diabete gestazionale in dietoterapia

- In caso di Diabete gestazionale in dietoterapia, la dimissione avverrà da parte dell'OSTETRICA, la quale consiglierà nella lettera la ripetizione della curva da carico a 3 mesi dal parto tramite richiesta del medico curante o presso il CAD di riferimento.

#### B. Paziente minorenni

- In caso di paziente minorenni, l'ostetrica consulterà la propria caposala e farà riferimento al protocollo per la «Dimissione protetta» già in vigore e, nel caso tutti gli altri parametri di riferimento siano soddisfatti, la dimissione avverrà da parte dell'OSTETRICA

## Allegato 2. Parametri da valutare prima della dimissione

Tipologia parto

- Parto spontaneo                       analgesia peridurale  
 Taglio cesareo                         Parto operativo

| Osservazione della puerpera alla dimissione |  |
|---|--|
| <b>UTERO</b>                                | <input type="radio"/> Normocontratto<br><input type="radio"/> Subcontratto<br><input type="radio"/> Atonico  |
| <b>INVOLUZIONE UTERINA</b>                  | <input type="radio"/> > O.T<br><input type="radio"/> < O.T<br><input type="radio"/> = O.T  |
| <b>LOCHIAZIONI</b>                          | <input type="radio"/> Ematiche (regolari)<br><input type="radio"/> Superiori alla norma<br><input type="radio"/> Maleodoranti  |
| <b>PERINEO</b>                              | <input type="radio"/> Integro<br><input type="radio"/> Edema<br><input type="radio"/> Ecchimosi<br><input type="radio"/> Dolore perineale *NRS<br><input type="radio"/> Incontinenza da sforzo<br><input type="radio"/> Perdite involontarie di urina<br><input type="radio"/> Perdite involontarie di gas<br><input type="radio"/> Perdite involontarie di feci<br><input type="radio"/> Livello di consapevolezza e capacità contrattile:<br><input type="checkbox"/> nullo <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> buono |
| <b>LACERAZIONI PERINEALI</b>                | <input type="radio"/> Lacerazione I° grado<br><input type="radio"/> Lacerazione II° grado<br><input type="radio"/> Lacerazione III° grado e/o complicato<br><input type="radio"/> Valutazione del dolore *NRS  |
| <b>SUTURE ADDOMINALI</b>                    | <input type="radio"/> Trasversale secondo Pfannenstiel<br><input type="radio"/> Ombelico pubica<br><input type="radio"/> Drenaggio   |
| <b>ESITI SUTURE/LACERAZIONI</b>             | <input type="radio"/> Regolare<br><input type="radio"/> Infiltrata _____<br><input type="radio"/> Ecchimotica _____<br><input type="radio"/> Deiscenza _____   |
| <b>MINIZIONE</b>                            | <input type="radio"/> Regolare<br><input type="radio"/> Altro _____  |
| <b>ALVO</b>                                 | <input type="radio"/> Regolare<br><input type="radio"/> Emorroidi<br><input type="radio"/> Altro _____   |
| <b>MAMMELLE</b>                             | <input type="radio"/> Capezzoli integri<br><input type="radio"/> Arrossamenti<br><input type="radio"/> Capezzoli dolenti<br><input type="radio"/> Ragadi<br><input type="radio"/> Montata latte in corso<br><input type="radio"/> Valutazione del dolore *NRS  |
| <b>SITUAZIONE EMOZIONALE</b>                | <input type="radio"/> Normale adattamento<br><input type="radio"/> Necessità di approfondimento/sostegno   |
| <b>SITUAZIONE SOCIALE</b>                   | <input type="radio"/> Nessun fattore di rischio<br><input type="radio"/> Necessità di approfondimento/sostegno<br><input type="radio"/> Segnalazione ai servizi sociali  |

\* per NRS > a 3 valutazione terapia analgica

È necessario il coinvolgimento del medico                       si     no

## Allegato 3: Scheda LATCH e Score BAS

### SCHEDA LATCH (modificato da Jensen, 1994)

|  | <b>0</b>   | <b>1</b>   | <b>2</b>  |
|--|--|--|---|
| <b>L</b> (latch) Attacco   | Troppo addormentato o riluttante.<br>Non si è raggiunto un attacco ed una suzione stabili                      | Ripetuti tentativi per un attacco ed una suzione stabili.<br>Trattiene il capezzolo in bocca.<br>Va stimolato a succhiare.   | Afferra la mammella.<br>La lingua è sottoposta.<br>Le labbra sono rovesciate in fuori.<br>Suzione ritmata.    |
| <b>A</b> (audible swallowing)<br>Deglutizione udibile                          | Nessuno  | Alcuni sotto stimolo.  | Spontaneo ed intermittente nelle prime 24 ore di vita.<br>Spontaneo e frequente dopo le prime 24 ore di vita. |
| <b>T</b> : tipo di capezzolo   | Rientrante   | Piatto   | Prominente (anche se dopo stimolazione)   |
| <b>C</b> : confort della mammella e/o capezzolo                                | Ingorgo.<br>Ragadi sanguinanti del capezzolo.<br>Grosse vesciche o estese ecchimosi.<br>Grave disagio (dolore) | Seno pieno.<br>Solo irritazione/arrossamento.<br>Piccole vesciche o limitate ecchimosi.<br>Lieve/moderato disagio (dolore)   | Morbido. Non c'è tensione.<br>Nessuna lesione.<br>Nessun disagio (dolore)                                     |
| <b>H</b> : (hold)<br>Preso e posizione (anche in rapporto al bisogno di aiuto) | Bisogno di completa assistenza (lo staff deve tenere il bambino al seno materno)                               | Minima assistenza (per esempio: sistemare cuscino, alzare la testata del letto, ecc.)<br>Istruzioni per attaccare il bambino da un lato e la madre lo fa da sola dall'altro.<br>Lo staff sostiene inizialmente il bambino al seno, poi la madre riesce a fare da sola. | Nessuna assistenza da parte dello staff.<br>La madre capace di posizionare e sostenere il bambino al seno.    |

### SCORE BAS

| BREASTFEEDING ASSESSMENT SCORE |   | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> |
|--------------------------------|---|----------|----------|----------|
|                                | Età materna (anni)                      | < 21     | 21 - 24  | > 24     |
|                                | Precedenti esperienze di allattamento   | fallite  | nessuna  | successo |
|                                | Poppate difficoltose                    | tutte    | metà     | < 3      |
|                                | Intervallo tra poppate (h)              | > 6      | 3 - 6    | < 3      |
|                                | Numero di aggiunte di latte artificiale | ≥ 2      | 1        | 0        |
|                                | TOTALE PUNTEGGIO                        |          |          |          |

## Allegato 4. Criteri di dimissibilità della puerpera

### CRITERI DI DIMISSIBILITA' PUERPERA

- Non abbia complicazioni intrapartum o postpartum che richiedano 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 prevista la somministrazione di immunoglobuline anti-D
- Sia stata determinata la necessità e prevista la somministrazione di vaccinazione antirosolia e/o antipertosse
- Sia stata informata sulle cure di routine (cambio del pannolino, cordone ombelicale ecc.) modalità di allattamento (compilazione scheda LATCH e BAS in dimissione)
- Quando opportuno, abbia ricevuto insieme al suo partner le informazioni sulla circoncisione maschile (legale in Italia) e sulla mutilazione genitale femminile (illegale in Italia)
- Sia stata informata su come accedere alle risorse di supporto ospedaliero e territoriali
- Non esistono rilevanti problemi sociali

\* le madri non devono essere dimesse finché non sono stabili, se sono presenti:

- perdita ematica importante (parto e postpartum) o presenza di sanguinamento maggiore del normale (con Hb < 8 g/dl).
- febbre ( $\geq 38$  °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.

## Allegato 5. Criteri di dimissibilità del neonato

- Nato a termine ( $\geq 37$  e  $< 42$  SEG) di peso adeguato per l'età gestazionale ( $> 3^{\circ}$  percentile, secondo le curve INeS.)<sup>1</sup>;
- Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina;
- Segni vitali neonatali normali e stabili nelle ultime 12 ore;
- PROM  $< 18$  ore prima del parto, bambino valutato per la sepsi da SGB sulla base delle LG;
- Buone capacità nella suzione nutritiva ed avvio efficace dell'alimentazione al seno (almeno 2 poppate senza problemi, documentato coordinamento tra suzione, deglutizione e respirazione durante il pasto)<sup>2</sup>;
- Ittero nella zona a basso rischio<sup>3</sup>
- Esecuzione del test di Coombs diretto ed esito negativo
- Emissione avvenuta e registrata di urine e meconio
- Disponibilità di test e screening materni per HBsAg, sifilide, HIV e toxo, e, in caso di positività, impostata la sorveglianza
- Effettuato, se necessario, le opportune profilassi e immunizzazioni (epatite B);
- Eseguita vaccinazione antipertosse nella madre che non è stata vaccinata recentemente e consiglio di eseguirla ai familiari che non siano stati precedentemente vaccinati.
- Screening eseguiti/programmati secondo i protocolli vigenti;
- Assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimenti diagnostici o terapia in ospedale;
- La madre ha ricevuto sufficienti informazioni e acquisito competenze in merito ai principi essenziali di puericoltura<sup>4</sup>, incluso l'allattamento in posizione semireclinata<sup>5</sup>;
- Valutati i fattori di rischio familiare, ambientale e sociale (in particolare uso di alcool/droghe da parte dei genitori, storia di trascuratezza, abuso, maltrattamento di bambini a casa, malattie mentali in un genitore o storia di violenza domestica)
- Programmata visita di controllo presso il pediatra di famiglia

<sup>1</sup> Sarebbe opportuno che tutti i punti nascita utilizzassero le curve INeS, che forniscono dati differenziati per sesso, genitura, età gestazionale. Per il nato a termine equivalgono alle curve OMS, che verranno poi preferenzialmente utilizzate per i primi 3 bilanci di salute.

<sup>2</sup> Valutazione condivisa con ostetrica/puericultrice: Scheda LATCH (modificata da Jensen) e BAS score compilati (11,14) allegato 3

<sup>3</sup> L'AAP raccomanda che, prima della dimissione in ogni neonato, venga valutato il rischio di sviluppare un'iperbilirubinemia grave e che in ogni punto nascita vi sia un protocollo per la valutazione del rischio (Raccomandazione 5.1). Quest'ultima può essere fatta mediante il dosaggio della bilirubinemia (TSB o TcB) e di un nomogramma del rischio e/o la presenza di fattori di rischio (Raccomandazione 5.1.1) (21).

<sup>4</sup> Prima del ritorno a casa i genitori devono aver appreso informazioni e comportamenti utili alla normale gestione del neonato, alla verifica di alcuni parametri di benessere o possibili situazioni patologiche (es. ittero, disidratazione, etc.) identificando i segni di allarme, come letargia, scarsa suzione, pianto e colorito anomali, ecc. (6).

<sup>5</sup> <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1249>

## Allegato 6. Dati da riportare nella lettera di dimissione della puerpera

1. Caratteristiche della gravidanza
2. Motivo del ricovero (Travaglio di parto/PROM/altro)
3. Sintesi del decorso clinico (Tipo di parto: PS/PI/PP/PA/PO/TC)
4. Lacerazioni/Episiotomia
5. Valutazione del Piano Perineale (livello di consapevolezza e capacità contrattile, eventuale perdita involontaria di urina gas o feci, urgenza menzionale, IUS) eventuale invio a servizi specifici nei casi che lo richiedono
6. Valutazione dei lochi
7. Ultimo valore Hb (specificare se in terapia marziale)
8. Accertamenti diagnostici durante il ricovero (ECG/RX/Emocolture/Consulenze/Immunoprofilassi/...)
9. Scala del Dolore in dimissione
10. Valutazione dello stato emozionale della madre evidenziando l'eventuale necessità di sostegno e il percorso individuato e condiviso con la madre stessa
11. Valutazione del rischio sociale e attivazione della rete territoriale
12. Terapia farmacologica
13. Counselling per VBAC ed eventuali patologie ricorrenti
14. Dati clinici del neonato (Sesso/Peso/Apgar/Contatto pelle-pelle/Allattamento/Rooming-in/Trasferimento in Patologia Neonatale/...)
15. Valutazione dell'allattamento (scala di LATCH e BAS score – *allegato 3*) e della necessità di sostegno
16. Definizione di un piano per l'allattamento in caso di difficoltà, condiviso con il pediatra ospedaliero oltre che con madre/famiglia.
17. Nella lettera di dimissione dovranno essere evidenti gli appuntamenti successivi per eventuali controlli o consulenze sia presso il punto nascita che presso altri servizi territoriali.

# Allegato 7. Dati da riportare nella lettera di dimissione del neonato

## 1. ANAMNESI GRAVIDANZA E PARTO

- a. GRAVIDANZA
  - I. Gravidanze precedenti
  - II. Genitura
  - III. Gemellarità
- b. PARTO
  - I. Età gestazionale set/giorni
  - II. Tipo di parto
  - III. Sofferenza fetale, rianimazione
  - IV. Emocompatibilità materno fetale
  - V. Coombs diretto

## 2. RILEVAZIONI ALLA NASCITA

- I. Peso (grammi)
- II. Lunghezza (centimetri)
- III. Circonferenza cranica (centimetri)
- IV. Apgar 1 minuto
- V. Apgar 5 minuto

## 3. RILEVAZIONI ALLA DIMISSIONE

- I. Data di dimissione
- II. Peso (grammi) e *calo* %
- III. Circ. cranica (centimetri)
- IV. Alimentazione
- V. Ricovero in patologia neonatale

## 4. ITTERO (se presente)

- I. Fototerapia per ore
- II. Valore massimo di bilirubina (milligrammi)
- III. Bilirubina totale alla dimissione

## 5. SCREENING NEONATALI

- I. Malattie metaboliche
- II. Manovra di Ortolani<sup>6</sup>
- III. Riflesso Rosso<sup>6</sup>
- IV. Otoemissioni/ABR<sup>6</sup>
- V. Altri screening

## 6. PROFILASSI/IMMUNIZZAZIONE

- I. Vitamina K (dose e via di somministrazione) (27)
- II. Profilassi oftalmica
- III. Immunoprofilassi/immunizzazione (specificare quali)

\* per gli ulteriori contenuti si rimanda ai paragrafi 3.3.2 e 3.4 del documento

---

<sup>6</sup> per questi screening va indicato il risultato