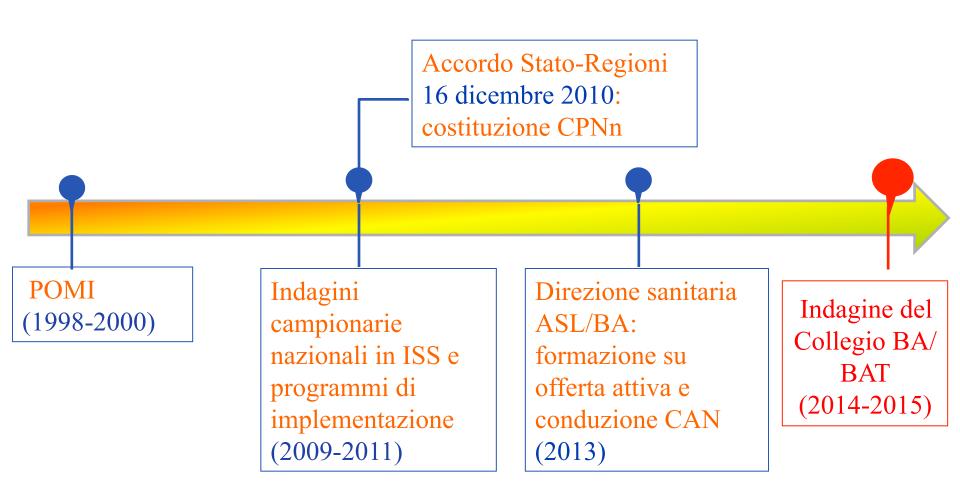
"Il Percorso Nascita nelle Provincie BA/BAT"

Indagine condotta dal Collegio BA/BAT



Bari, 5 maggio 2017

Excursus storico



Obiettivi

Valutare conoscenze, attitudini e comportamenti delle donne rispetto ai servizi offerti in gravidanza, parto e puerperio Valutare l'assistenza nel percorso nascita attraverso la stima di indicatori di processo, risultato ed esito in seguito all'aggiornamento professionale delle equipe consultoriali messo in atto dalla ASL/Ba.

Materiali e Metodi

La popolazione oggetto dell'indagine è rappresentata da tutte le donne che, consecutivamente, hanno partorito nel periodo compreso tra il <u>1 Settembre 2014</u> e il <u>15 Ottobre 2014</u>

Lo studio ha previsto:

- Interviste al momento del parto face to face
- Follow up a 3 e 6 mesi mediante intervista telefonica

Conclusione indagine: Aprile 2015

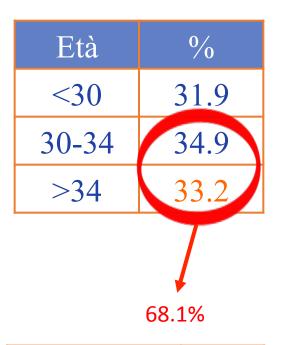
Materiali e Metodi



- Ospedale G.R.'Miulli', Acquaviva delle fonti
- A.O. Policlinico di Bari
- Ospedale San Paolo, Bari
- Ospedale della Murgia Fabio Perinei, Altamura
- Ospedale Di Venere, Bari
- Ospedale Umberto I, Corato
- Ospedale S. Giacomo, Monopoli
- Ospedale Santa Maria Degli Angeli, Putignano

Donne intervistate 874 con tasso di rispondenza del 91.3%

Caratteristiche Sociodemografiche



Istruzione	0/0
<= Media	711
Superiore	74.1
Laurea	25.9

Occupazione	%
Non occupata	34.9
Occupata	65.1

Stato civile	%
Coniugata	81.3
Convivente	16.6
Single	2.1

Parità	%
Primipara	52.2
Pluripara	47.8

Cittadinanza	%
Italiana	95.9
Straniera	4.1

GRAVIDANZA

- 1. ASSISTENZA
- 2. PRIMA VISITA
- 3. ECOGRAFIE
- 4. CAN
- 5. ACIDO FOLICO
- 6. FUMO

1. ASSISTENZA

Domanda: Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?



«Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato

sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o.

In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza»

«Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti»

1. ASSISTENZA

«I modelli dell'ostetrica e del medico di base (GP) dovrebbero essere offerti alle donne con gravidanze non complicate. Il coinvolgimento di routine dei ginecologi - ostetrici nell'assistenza alle donne con gravidanze non complicate con appuntamenti programmati non risulta migliorare gli esiti perinatali, rispetto al loro coinvolgimento se e quando insorgono complicazioni»

NICE National Institute for Health and Care Excellence



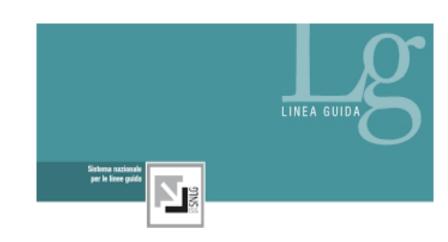
Antenatal care for uncomplicated pregnancies

1. ASSISTENZA

GRAVIDANZA - 1										
					Centro	nascita				
		Putign	Altam	Corato	Policl	SPaolo	DiVen	Miulli	Monop	BARI
	N	76	50	116	140	112	165	166	49	874
Assist.	gin	94.7	80.0	94.8	95.7	97.3	96.4	92.8	93.9	94.3
	CF/o st	5.3	20.0	5.2	4.3	2.7	3.6	7.2	6.1	5.7
CF/ost	it									4.9
	str								(25.0

2. PRIMA VISITA

Domanda: A quale settimana di gravidanza ha effettuato la prima visita?



«La prima visita dovrebbe avvenire idealmente entro le 10 settimane. La necessità di un incontro precoce in gravidanza è motivata dal fatto che nel corso della prima visita la donna può chiedere – e in ogni caso le devono essere offerte – numerose informazioni.

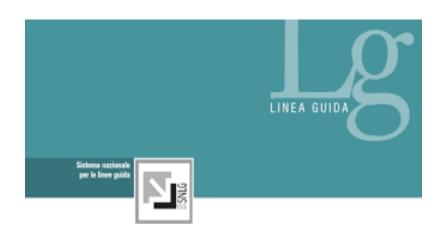
Per poter esercitare una scelta informata, alla donna può essere necessario del tempo per riflettere, maturare nuove domande e presentarsi a un successivo appuntamento con la o il professionista che l'assiste.»

2. PRIMA VISITA

GRAVIDANZA - 1										
			Centro nascita							
		Putign	Altam	Corato	Policl	SPaolo	DiVen	Miulli	Monop	BARI
	N	76	50	116	140	112	165	166	49	874
Pr. Vis	≤ 10 s	98.7	84.0	91.9	90.7	98.1	96.3	91.8	93.9	93.6
	≤12 s	100.0	88.0	91.9	92.1	98.1	98.2	92.4	95.9	94.7
	>12 s	0.0	12.0	8.1	7.9	1.9	1.8	7.6	4.1	1.5
PV>12	it									1.2
	str									8.8**

^{**} dato molto significativo

Domanda: Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza?



«Primo trimestre (entro 12+6 settimane) offrire, nei casi di incertezza, l'indagine ecografica per la determinazione dell'epoca gestazionale

Secondo trimestre

offrire l'indagine ecografica per le anomalie fetali strutturali

Terzo trimestre

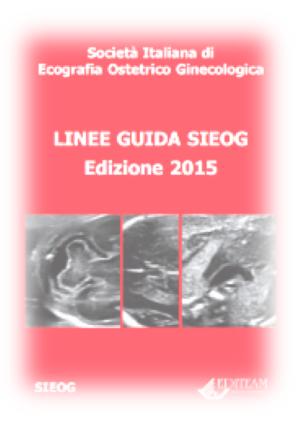
alle donne nelle quali un precedente esame ha rilevato una placenta che ricopre in tutto o in parte l'orifizio uterino interno deve essere offerta un'ecografia a 32 settimane»

«Alle donne gravide dovrebbe essere offerta una ecografia precoce per determinare l'età gestazionale (in sostituzione del periodo di amenorrea in ogni caso) e per scoprire gravidanze gemellari.

A 18-20 settimane, se la donne lo sceglie, una ecografia dovrebbe essere eseguita per la scoperta di anomalie strutturali.

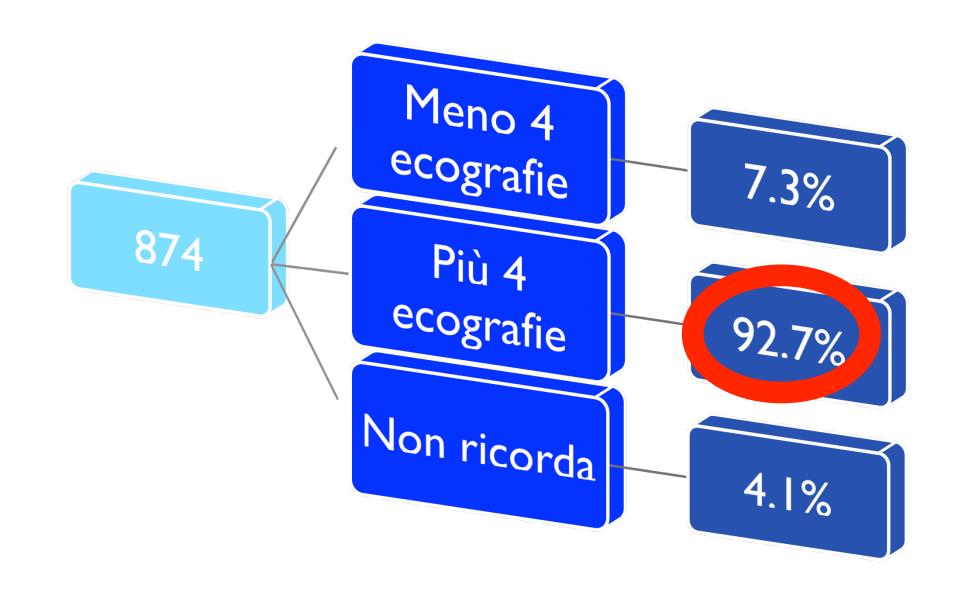
L'evidenza non supporta l'uso di routine dell'ecografia dopo le 24 settimane di gravidanza e perciò non dovrebbe essere offerta»





«Tra le Indicazioni all'esame ecografico nel terzo trimestre troviamo: "In gravidanze senza fattori di rischio, pur se è incerta la validità dell'ecografia nel terzo trimestre per identificare i feti con anomalie della crescita»

«Dopo la 34a settimana in programmi finalizzati ad evidenziare feti con patologia dell'accrescimento ad esordio tardivo»



GRAVIDANZA - 3										
					Centro	nascita				
		Putign	Altam	Corato	Policl	SPaolo	DiVen	Miulli	Monop	BARI
	N	76	50	116	140	112	165	166	49	874
n. eco	> 4	88.2	64.0	95.6	93.6	92.7	97.0	96.2	95.9	92.7
	≤ 4	11.8	36.0	4.4	6.4	7.3	3.0	3.8	4.1	7.3
n.eco ≤4	gin									5.7
	CF/ost									32.7**
Median		7	6	8	8	7	8	8	8	8

6.5

5

6.5

5

6.5

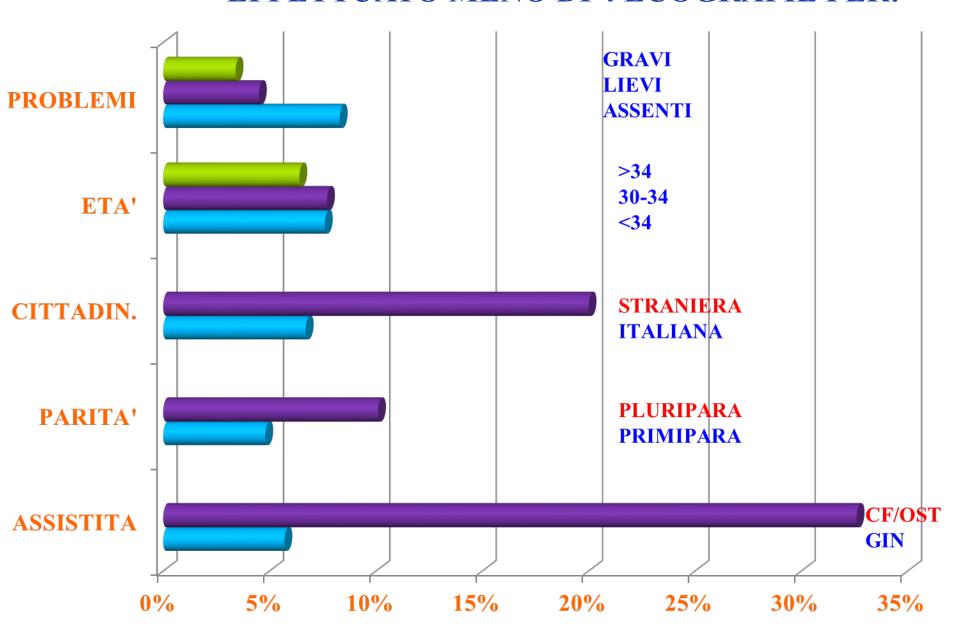
9

5

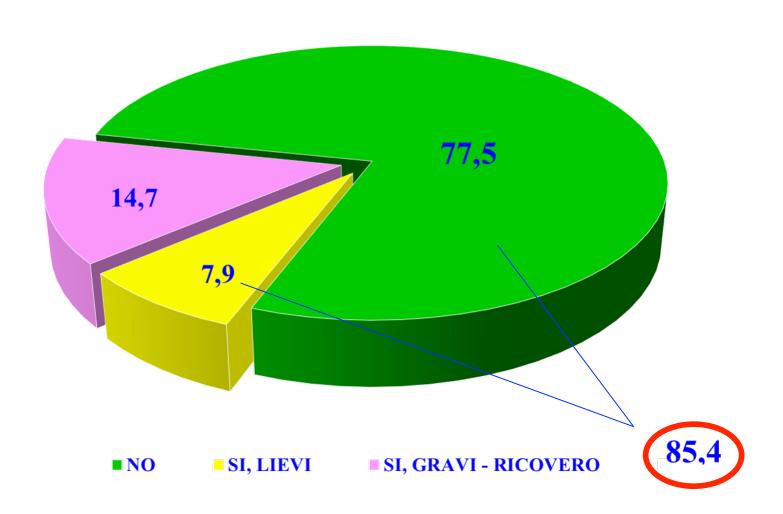
CF/ost 3.5

4

DISTRIBUZIONE DELLE DONNE CHE HANNO EFFETTUATO MENO DI 4 ECOGRAFIE PER:



Domanda: Ha avuto problemi in gravidanza?



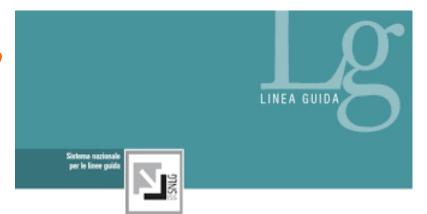
Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) considera il percorso nascita un momento strategico di intervento per promuovere lo stato di salute.



All'interno del percorso nascita, il CAN si configura come momento centrale, durante il quale la coppia potrà ricevere tutte le informazioni per poter vivere l'evento nascita in piena consapevolezza e serenità

4. CAN

Domanda: Ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza?



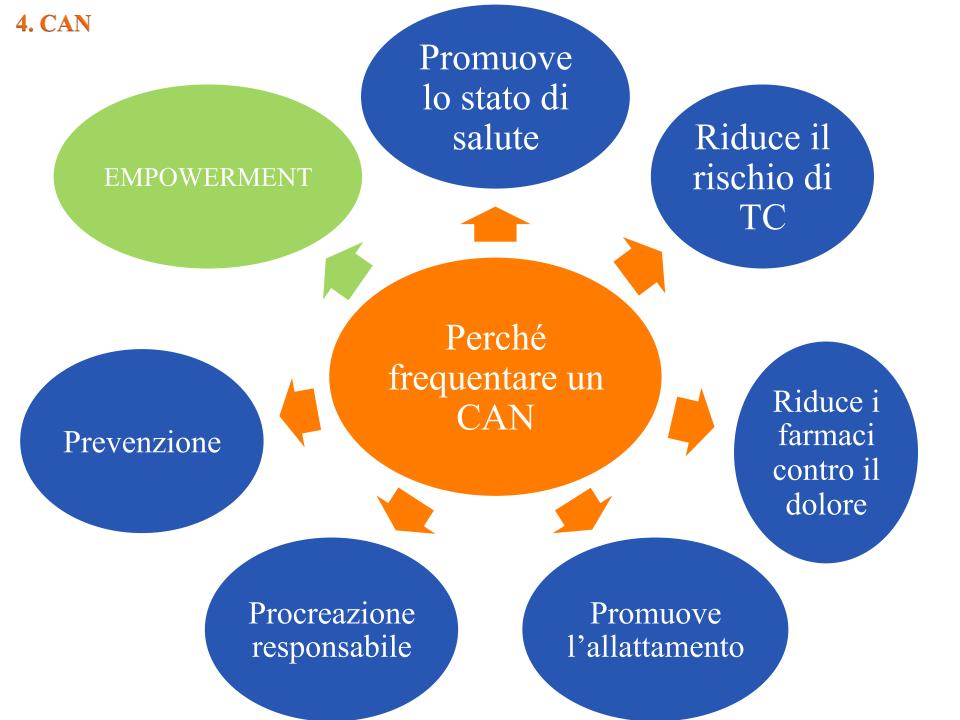
«Alle donne in gravidanza deve essere offerta la possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra le partecipanti e i conduttori dei corsi»

«Le donne chiedono e devono ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento al seno, cura del bambino, genitorialità» «Alle donne in gravidanza deve essere offerta l'opportunità di partecipare ai CAN e di ricevere informazioni scritte sulla assistenza prenatale»

> NICE National Institute for Health and Care Excellence



Antenatal care for uncomplicated pregnancies



Partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) **TOTALE** 0/0 Can/attuale gravidanza 26.7 Can/primipara 46.7

Il livello ottimale da raggiungere è l'80%.

4. CAN

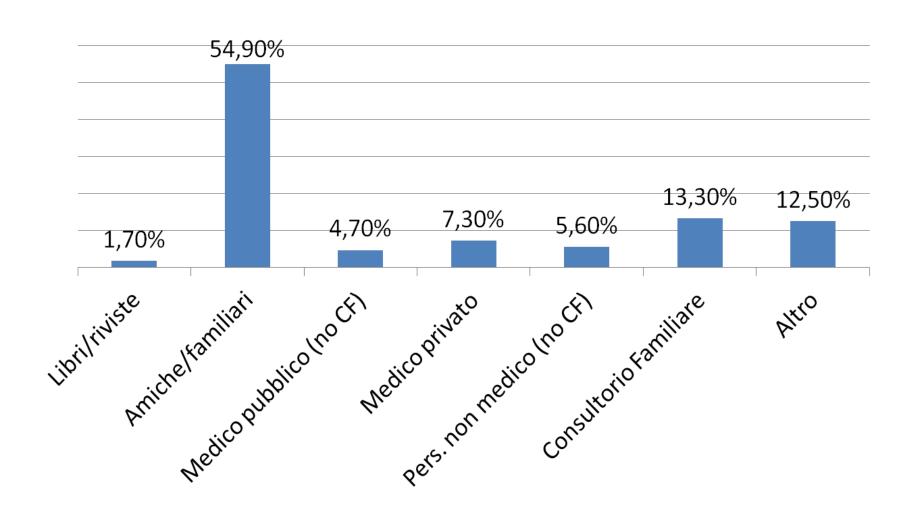
Associazione tra la partecipazione al CAN nell'attuale gravidanza e :



FATTORI STATISTICAMENTE PIU'SIGNIFICATIVI

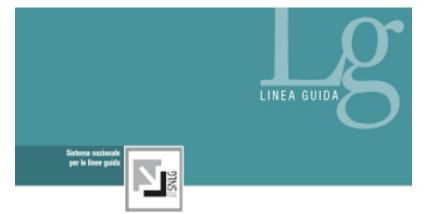
4. CAN

Domanda: Se ha partecipato al corso, da chi è stata informata principalmente?



5. ACIDO FOLICO

Domanda: Ha assunto acido folico in questa gravidanza?



«Si raccomanda che le donne le quali programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti»

«Per essere efficace l'assunzione di acido folico deve iniziare almeno un mese prima del concepimento e continuare per tutto il primo trimestre di gravidanza»

5. ACIDO FOLICO

3. ACIDO FOLICO								
Assunzione di acido folico								
			TOTALE					
Acido folico	gravidanza iniziata		97.0					
	periconcezionale		18.2					
Acido folico periconcezionale	primipara		21.9					

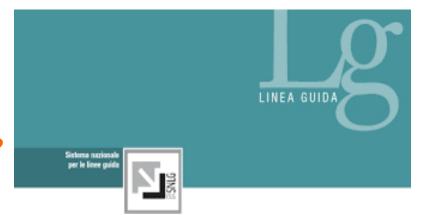
pluripara

14.1

6. FUMO

Domande: Fumava prima della gravidanza?

Ha fumato durante questa gravianza?



«Al primo contatto con la donna i professionisti devono accertare se fuma e, in caso positivo, discutere la sua condizione di fumatrice e offrirle informazioni circa i rischi per il nascituro associati al fumo»

«Il professionista della salute deve rispondere alle domande della donna e del partner circa la possibilità di smettere di fumare e deve offrire informazioni personalizzate, consigli e supporto su come smettere di fumare per tutto il periodo della gravidanza e oltre»

6. FUMO

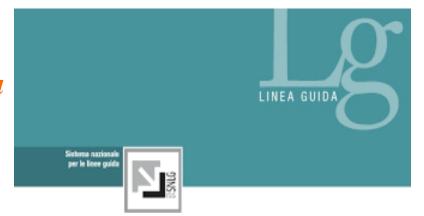
Problemi nel corso della gravidanza e fumo

		TOTALE
Fumo prima della grav.	Si	25.9
Fumo- in gravidanza ha smesso	Si	82.4

TRAVAGLIO E PARTO

- 1. INDUZIONE DEL TRAVAGLIO
- 2. TIPO DI PARTO
- 3. EPIDURALE
- 4. MONITORAGGIO BCF
- 5. EPISIOTOMIA
- 6. MANOVRA DI KRISTELLER

Domanda: A che età gestazionale ha partorito?



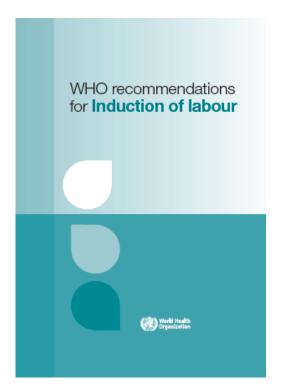
«Per evitare i rischi legati alla prosecuzione della gravidanza, l'induzione del parto deve essere offerta a tutte le donne con gravidanza non complicata da 41+0 a 42+0 settimane di età gestazionale. Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e del contesto assistenziale.

I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono rispettare la scelta della donna di non effettuare l'induzione del parto e, da quel momento in poi, condividere con lei le opzioni assistenziali.

Alle donne che a 42+0 settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio più frequente, consistente nella cardiotocografia almeno due volte a settimana abbinata a una stima ecografica della massima tasca di liquido amniotico»

«L' induzione del parto è raccomandata per le donne con una datazione certa della gravidanza e che abbiano raggiunto le 41 settimane di gestazione»

«L'induzione del parto NON E' RACCOMANDATO prima delle 41 settimane di gestazione, per quelle donne con gravidanza fisiologica»



«Alle donne con una gravidanza fisiologica dovrebbe essere offerta l'induzione del parto tre la 41+0 e 42+0 settimana per evitare I rischi di una gravidanza prolungata. L'esatto timing del parto dovrebbe essere preso in accordo alle preferenze materne e alle condizioni locali»

RISULTANO ESSERE IN ACCORDO VARIE SOCIETA' ITALIANE DI OSTETRICIA:

NICE National Institute for Health and Care Excellence

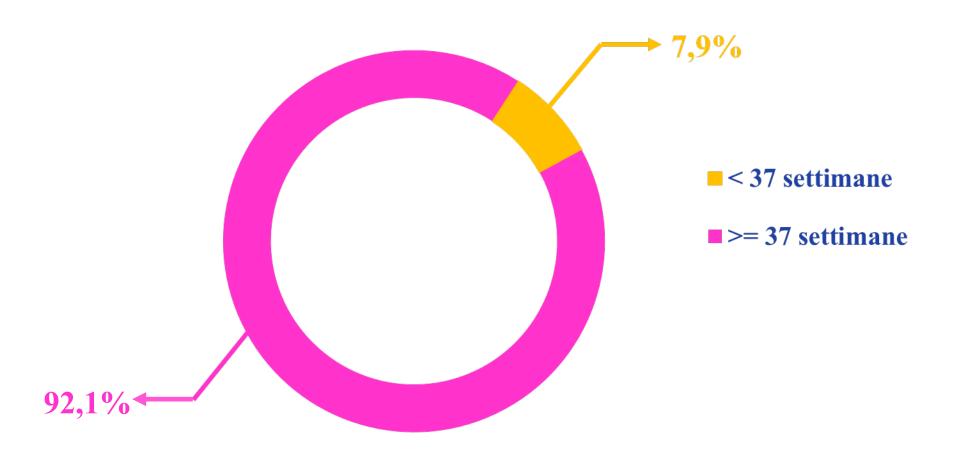


AOGOI FIGO AGUI SLOG SIGO

Inducing labour

Clinical guideline Published: 23 July 2008 nice.org.uk/guidance/cg70

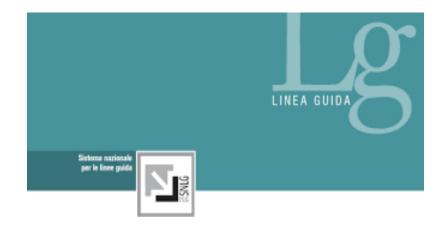
Settimana gestazionale al parto



Induzione al travaglio di parto						
		TOTALE %				
Induzione travaglio		30,5				
Induzione < 40 settimane		21,7				

Domanda: Il parto è stato

- 1. Spontaneo
- 2. Operativo
- 3. Cesareo elettivo
- 4. Cesareo d'urgenza



In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008.

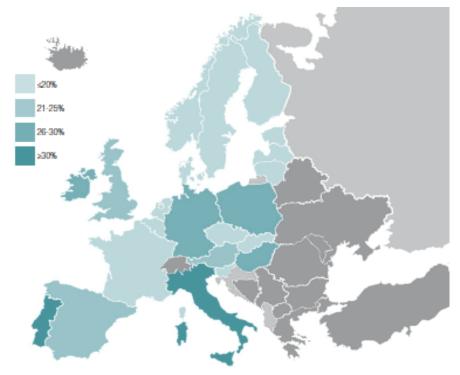


Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008).

- Basandosi sui dati disponibili e utilizzando metodi accettati a livello internazionale per valutare le evidenze scientifiche con le più appropriate tecniche analitiche, l'OMS conclude che:
- 1. «I tagli cesarei sono efficaci nel ridurre la mortalità materna e neonatale ma solo se eseguiti su stretta indicazione medica»
- 2. «A livello di popolazione, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% NON E'ASSOCIATO ad una riduzione della mortalità materna e neonatale»



Dichiarazione dell'OMS sul tasso dei tagli cesarei

E' necessario fornire il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno piuttosto che concentrarsi sul raggiungimento di una determinata percentuale

Sintori

A partie dal 1985, la comunità medica internazionale ha riferiuto C he Il tasso ideale di tagli cesari divvesse censer compreso in a 100 ne el 1196. a pal 100 ne al 200 national di progressivo incremento dell'incidenza di tagli cesarei sia nel paesi volluppati sia nel paesi in via di sviluppo. Il taglio cesareo, se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica, puo effettivamente dirute la mortila manura e perinazia. Tuttavia noni ci sono evidenze scientifiche che dimostrio i benefici del parto cesareo per le donne e per i bambini per i quali la procedura noni sa necessiria.

Come ogni intervento chirurgico il taglio cessareo comporta dei ricchi a breve e lungo termine, con precussioni anche a distanza di molti anni dal parto e puo compomettere la saluta della doma, del bambino e le gravidanze fistrue. Tali rischi sono maggiori nelle donne che hanno un accesso limitato all'assistenzo cottento completa. Negli futtimi anni i gioverni e i medici hanno espesso preccupazioni in mento all'asumento del numero di tagli cessare a di conseguente possibile impatto negativo sulla salute che di sevotione del tasono accommandati nel tissi.

I tagli cesarei a livello di popolazione

L'OMS ha condotto due studi: una revisione sistematica degli studi disponsibili aventi Tobiettivo di determinare un tasso ideale fisto (esearei l'infelò di singoli pesei o popolazioni e un'analisi mondiale, per ogni paser, un'itizzando i dati dopponibili pir centro. Sulla base di tali dati, attraveno metodi universalmente validati ed accettati per valutara le violderes cientifiche disponibili con le più appropriate le tecniche di analisi, l'OMS conclude:

- Il taglio cesareo è efficace nel ridurre la mortalità materno-infantile solo se eseguito in base ad una specifica indicazione medica.
- A livello di popolazione un tasso di tagli cesarei superiore al 10% non è associato ad una riduzione della mortalità materna e neonatale.
- significative e talvolts permanenti, disabilità o morte particolamente in que contesti in cui mancano le strutture ospedaliene elo le capacità per condurre un intervento in sicurezza e per fane fronte ad eventuali complicazioni chirurgiche. Pertanto i tagli cesarei andrebbero effettuati solo se clinicamente necessari.
- E' necessario impegnarsi per assicurare il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno, piuttosto che preoccuparsi di raggiungere uno specifico tasso.

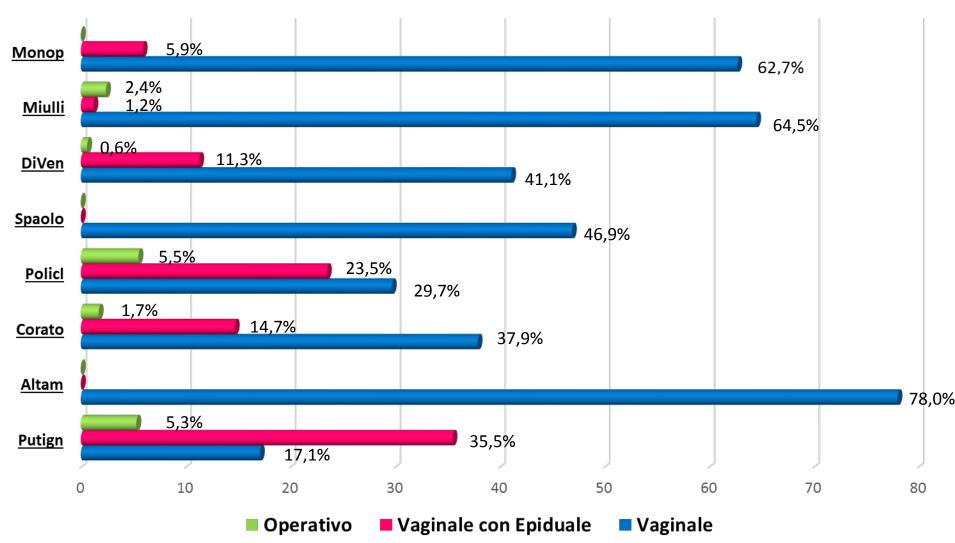
 Non è ancora chiaro l'effetto del taglio cesareo su altri estit come la morbilità materna e perinatale, le conseguenze pediatriche, e l'impatto sociopsicologico. Sono necessari ulteriori studi per stabilire gli effetti del taglio cesareo sulla salute a breve e a lungo termine.

Il tasso di tagli cesarei a livello ospedaliero e la necessità di un sistema di classificazione universale

internacionalmente accettuto per i tagli cesarei che permetta un controlmo sitematico dei tlasso di tagli casarei tra diverse strutture capetaliere, città orgioni. Tas tutte classificazioni en dieci sugnitari una, il sistema di classificazione in dieci simple fiante moniciati come "dissaficazione di Riborio" i stato, negli ultimi anni, ampiamente ultizzato in modit pesti, concepti ultimi anni, ampiamente ultizzato in moditi pesti. dell'esperimenta del ha ultilizzato la calificazione di Robino per valuttere i pro e i contro della sua solozione, implementazione, interpretazione per pier delerificare barrire, flatori facilitario internati controli della sua solozione, di superimentazione, interpretazione per pier derificare barrire, flatori facilitari in conche possibilità di autatamento e miglioramento.

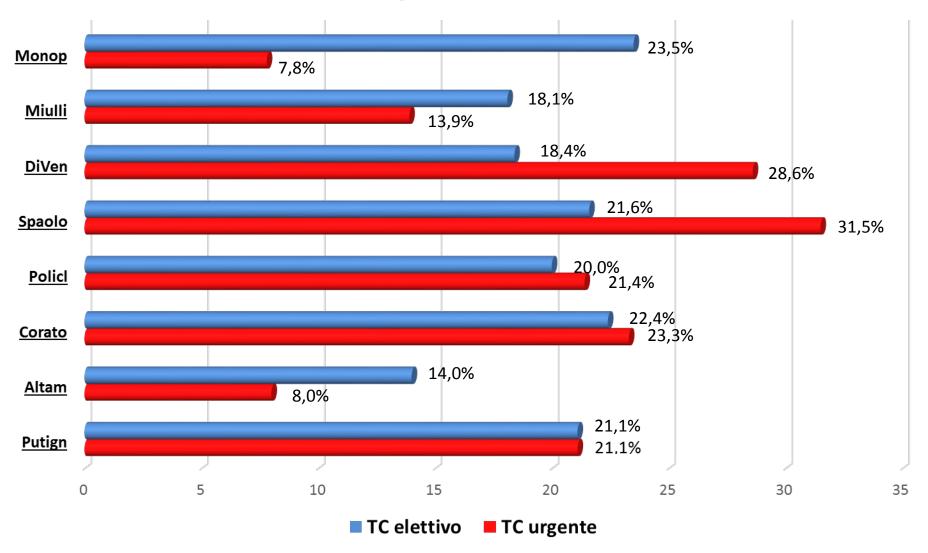
L'OMS propone il aistema di classificazione di Robson come uno standard globale per definire, monitorare e confrontare il tasso di tagli cesarei all'interno delle strutture copediliere nel tempo e tra differenti strutture capediliere. Allo scopo di assistere le strutture e in della cassificazione di Robson, l'OMS redigetà delle linee guida per il suo utilizzo, la sua standardizzazione deli tempia celle definizioni.



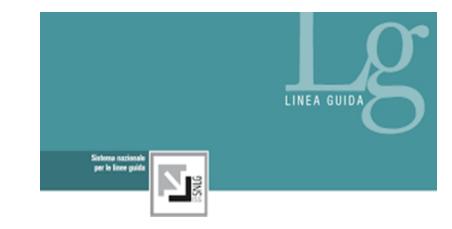


Il 59% delle intervistate ha partorito per via vaginale

Taglio Cesareo



Il 41% delle intervistate ha partorito con taglio cesareo



«L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo»

«La possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di:

- 1. pregressa rottura d'utero;
- 2. pregressa incisione uterina longitudinale;
- 3. in caso di tre o più tagli cesarei precedenti»

«La maggioranza delle donne con una gravidanza singola e presentazione cefalica alla 37+0 settimana o oltre a chi ha avuto un precedente cesareo con incisione del segmento uterino con o senza una storia di precedente parto vaginale è idonea e può pianificare un VBAC»

«E' controindicato programmare un VBAC nei casi di donne con precedente rottura uterina o una cicatrice verticale da cesareo e per le donne che presentano altre assolute controindicazioni al parto vaginale»



Birth After Previous Caesarean Birth

Green-top Guideline No. 45 October 2015



English language version ® Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2015. This translation of Green-top Guideline No. 45, Birth After Previous Cassavean Birth, October 2011. In published by arrangement with Inflo

Parto dopo pro	ecedente Tag	glio Cesa	areo							
		Centro nascita								
		Putign	Altam	Corato	Policl	SPaolo	DiVen	Miulli	Monop	BARI
	N	76	50	116	140	112	165	166	49	874
Pprec/part	%tc/vagp	9.1	8.0	9.7	7.3	15.2	17.1	8.8	15.4	10.9
	%vbac	0/10	0/6	0.0	10.0	3.0	0.0	3.6	0/7	2.5

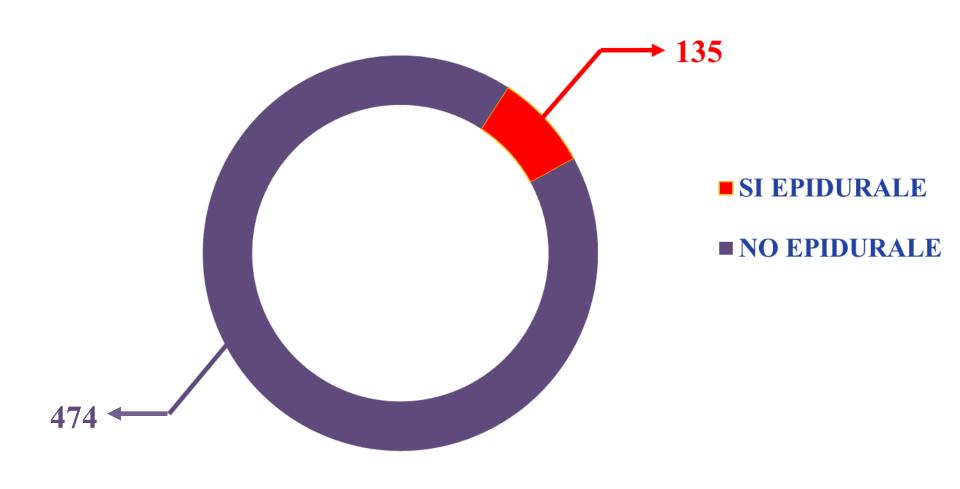
3. EPIDURALE

Domanda: È stata effettuata l'epidurale durante il travaglio di parto?

- Le linee guida, pubblicate nel 2007, sono coerenti nell'affermare che:
- 1. non tutte le donne richiedono l'analgesia in travaglio
- 2. le donne che ritengono opportuno gestire il dolore del parto utilizzando tecniche non farmacologiche devono essere supportate nella loro scelta
- 3. la richiesta materna rappresenta un motivo sufficiente per fornire l'analgesia farmacologica in travaglio
- 4. le donne devono essere informate dei rischi e dei benefici associati alle diverse modalità di controllo del dolore offerte nel punto nascita considerato

3. EPIDURALE

Epidurale in travaglio

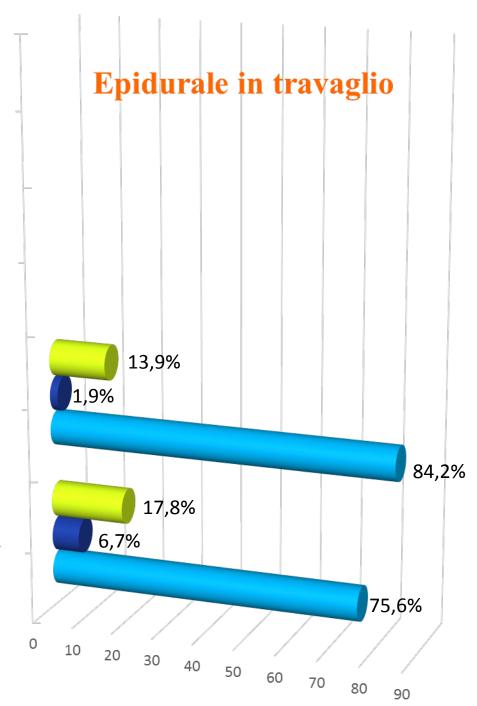


3. EPIDURALE

- **Taglio Cesareo**
- **Operativo**
- Vaginale

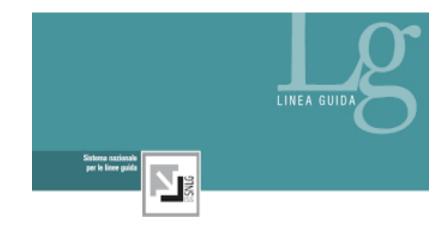
Donne che NON hanno eseguito l'epidurale in travaglio

Donne che hanno eseguito l'epidurale in travaglio



4. MONITORAGGIO BCF

Domanda: Come è stato rilevato il BCF durante il travaglio di parto?



«Per monitorare il benessere fetale nella gravidanza fisiologica è raccomandata la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante sia in periodo espulsivo»

«La rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG è associata a un'aumentata probabilità di taglio cesareo»

4. MONITORAGGIO BCF

«Non offrire la cardiotocografia alle donne con gravidanza a basso rischio durante in travaglio di parto»

«Offrire l'auscultazione intermittente dele battito caridaco fetale alle donne con una gravidanza a basso ri in travaglio di parto»

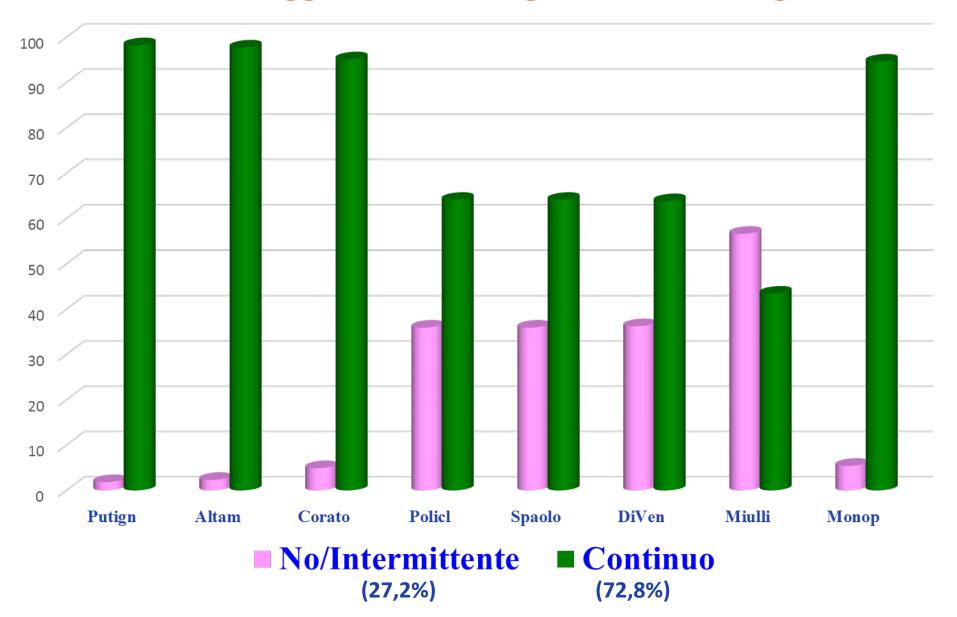


Intrapartum care for healthy women and babies

Clinical guideline Published: 3 December 2014 nice.org.uk/guidance/cg190

4. MONITORAGGIO BCF

Monitoraggio cardiotocografico in travaglio



Domanda: E'stata praticata l'episiotomia?

- «Non utilizzare routinariamente l'episiotomia durante parto vaginale spontaneo.
- Infomare ogni donna che abbia avuto un precendente trauma perineale di grado severo, che il proprio rischio di severo trauma perineale non è incrementato in un parto successivo, se comparato con le donne primipare. [2007]

NICE National Pathula for Hacellons



• Non offrire routinariamente l'episiotomia durante un parto vaginale successivo ad un trauma di terzo-quarto grado. [2007]

• Eseguire un' episiotomia solo se c'è una necessità clinica, come un parto operativo o una sospetta sofferenza fetale» Intrapartum care for healthy women and babies

Clinical guideline Published: 3 December 2014 nice.org.uk/guidance/cg190

© NECE 2014. All rights reserved. Last updated Petruary 2017

«I clinici dovrebbero spiegare alle donne che le evidenze sugli effetti protettivi dell'episiotomia sono ancora discussi»

«L'episiotomia medio-laterale dovrebbe essere considerata in caso di parto operativo»

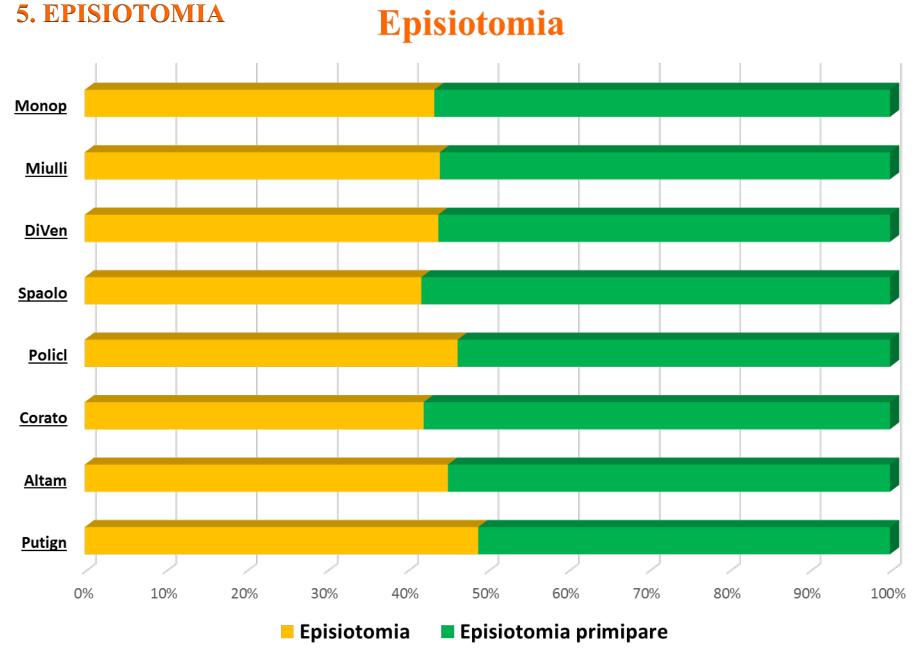
«Il ruolo profilattico dell'episiotomia nelle gravidanze successive non è conosciuto e pertanto un episiotomia dovrebbe essere eseguita solo se clinicamente indicata»



The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears

Green-top Guideline No. 29





Il 75% delle episiotomie è stato fatto alle primipare

Domanda: Quale posizione ha potuto assumere durante il parto?

«Scoraggiare le donne dall'utilizzo della posizione supina o semi-supina durante il secondo stadio del travaglio e incoraggiarle ad adottare qualsiasi altra posizione che trovano confortevole»





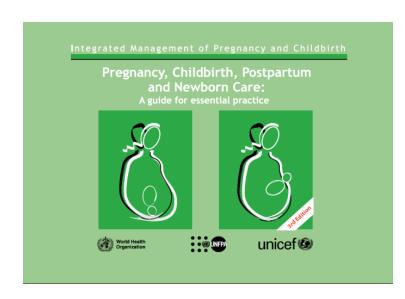
Intrapartum care for healthy women and babies

Clinical guideline Published: 3 December 2014 nice.org.uk/guidance/cg190

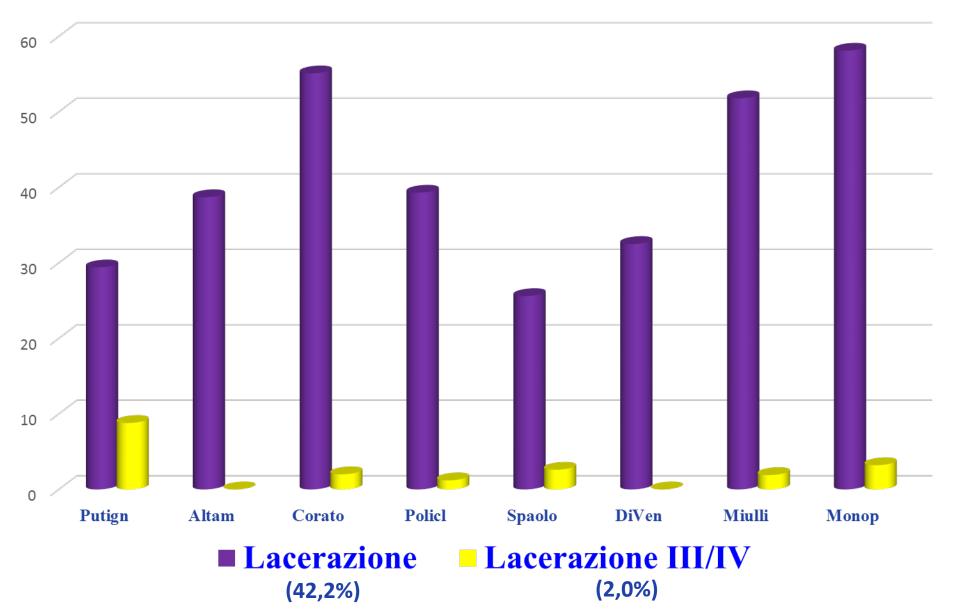
DNICE 2014, All rights reserved. Lest updated Petroary 201.

«Supportare la scelta della posizione della donna(laterale sinistra, in piedi supportata dal compagno, accovacciata) per ogni stadio del travaglio e del parto»

«Non lasciare la donna in posizione supina»



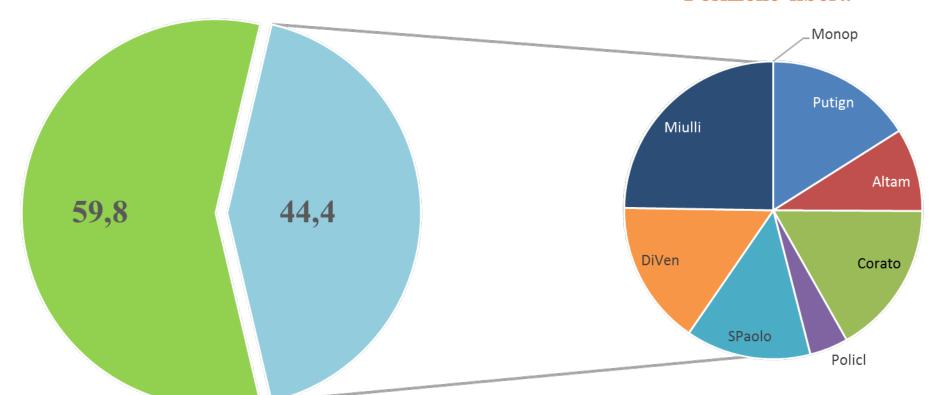
Traumi perineali



Parto - 4										
			Centro nascita							
		Putign	Altam	Corato	Policl	SPaolo	DiVen	Miulli	Monop	BARI
	N	76	50	116	140	112	165	166	49	874
Traum per		100.0	97.1	93.7	93.6	78.3	92.5	100.0	96.8	94.3
Traum per1		79.4	61.3	53.1	67.9	53.9	62.3	50.0	51.6	59.2



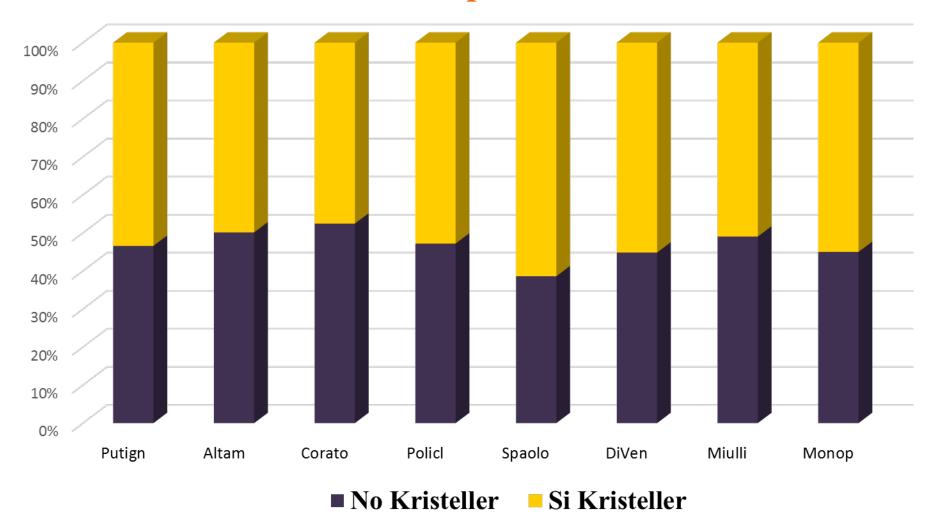
Posizione libera



- Posizone litotomica
- Posizione libera

Solo il 4% delle intervistate ha partorito in posizione libera

Traumi perineali



Il 93% delle intervistate alle quali è stata eseguita la manovra di Kristeller, ha riportato traumi perineali

Domanda: Durante il periodo espulsivo è stata effettuata la manovra di Kristeller?

Il Ministero e l'ISS raccomandano:

«non utilizzare la manovra nell'assistenza al travaglio di parto e di programmare un aggiornamento professionale specifico per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»

6. MANOVRA DI KRISTELLER

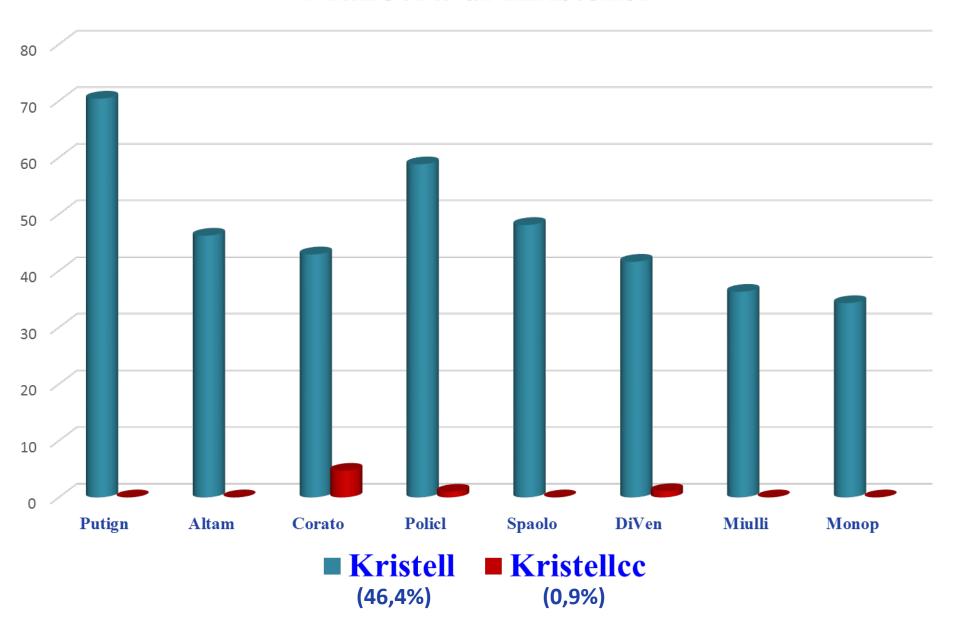
Secondo l'OMS «la pressione fundica in travaglio, rientra tra le modalità assistenziali per le quali non esistono sufficienti prove di efficacia per una

raccomandazione e che quindi dovrebbe essere impiegata con cautela fintantoché la ricerca non abbia chiarito l'argomento»

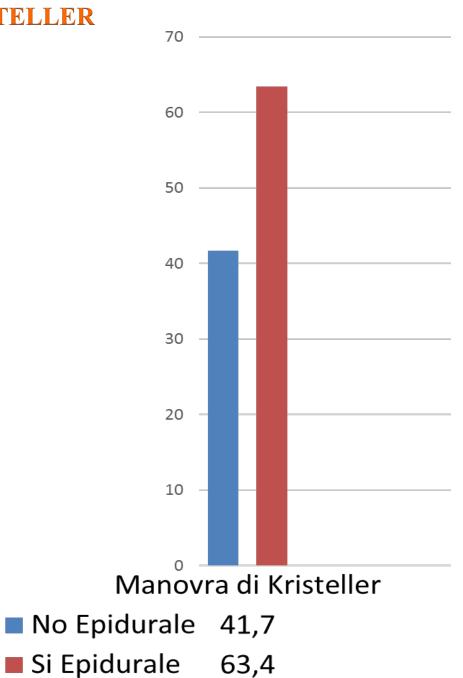


6. MANOVRA DI KRISTELLER

Manovra di Kristeller



6. MANOVRA DI KRISTELLER



POST-PARTUM E FOLLOW-UP

- 1. CONTATTO PELLE-PELLE
- 2. PRIMO ATTACCO
- 3. ALLATTAMENTO
- 4. ROOMING-IN
- 5. DOLORE 24H
- 6. SUPPORTO



- BONDING (contatto pelle-pelle, primo attacco, allattamento e rooming-in; percezione del dolore a distanza di 24h dal parto)
- FOLLOW-UP A 3 E 6 MESI DAL PARTO

CONTATTO PELLE-PELLE

(skin to skin)



Le più recenti LG in merito al contatto skin-to-skin riportano la seguente raccomandazione:

«I Servizi Sanitari, i professionisti della salute e le dirigenze tutte abbiano a disposizione protocolli che incoraggino, appena possibile, il contatto diretto del bambino con la madre dopo il parto»

Si raccomanda, inoltre, che la durata del contatto sia ALMENO UN'ORA

Intrapartum Care - NICE Clinical Guide Lines

PERCHÉ IL CONTATTO PELLE A PELLE?

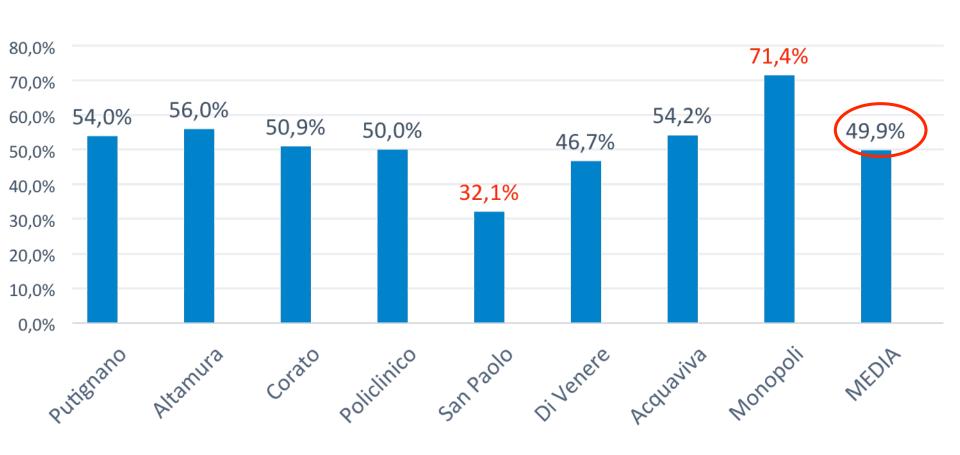
NEONATO

- Stabilizza il neonato
- Favorisce la stabilizzazione termica
- Riduce il pianto
- Adattamento metabolico (glicemia, Ph)
- Favorisce la colonizzazione batterica
- Attaccamento/bonding
- Favorisce l' inizio di un buon allattamento al seno (colostro, esclusività, durata,)
- Riduce mortalità e morbilità nei PVS

MAMMA

- Espulsione della placenta e riduzione delle emorragie post- parto
- Termoregolazione
- Promuove il bonding
- Stimolazione dell'intuizione
- Maggior fiducia in sé stessa
- Empowerment
- Allattamento a seno e vantaggi correlati a breve e a lungo termine

Domanda: Dopo il parto ha potuto tenere il bambino a contatto pelle a pelle?



Il contatto pelle a pelle nella nostra indagine:



RISPOSTA	PERCENTUALE
NO	50.1
SI, NUDO >5 MIN.	7.7
SI, NUDO <5 MIN.	25.9
SI, AVVOLTO >5 MIN.	1.6
SI, AVVOLTO <5 MIN.	14.8
TOTALE	100.0

2. PRIMO ATTACCO

PRIMO ATTACCO



«Le madri devono poter fare il contatto pelle a pelle in sala parto, per facilitare il bonding e creare le condizioni affinché la prima poppata al seno avvenga nelle prime ore di vita del bambino, già prima che sia lasciata la Sala Parto»

«La madre va incoraggiata ad allattare a richiesta del bambino, senza limiti di numero e durata delle poppate, cogliendo i segni precoci di fame, più che il pianto»

2. PRIMO ATTACCO

Domanda: Quanto tempo dopo il parto ha attaccato il bambino al seno per la prima volta?

RISPOSTA	PERCI	ENTUALE
≤ 1/2 H		12.9
≤ 2 H	:	19.2
≥ 2 H		63.9
NON L'HO ANCORA ATTACCATO		3.5
MAI, HO DECISO DI NON ALLATTARE AL SE	NO	0.5
TOTALE	1	.00.0
20% — 18% — 16% — 14% — 12% — 10% — 6% — 4% — 2% — 0% — —	19%	6%
Pai	rto Vaginale O	Parto Tagl perativo

uniti per i bambini

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nei servizi per la maternità

- Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario
- Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
- Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
- Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
- Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
- Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
- Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrano insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
- Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
- Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
- 10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

3. ALLATTAMENTO

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'allattamento al seno può essere suddiviso in quattro categorie:

- •ALLATTAMENTO AL SENO ESCLUSIVO: Allattamento con solo latte materno, senza aggiunte di alimenti o liquidi, compresa l'acqua (eccetto medicinali, vitamine e sali minerali; è consentito dare latte materno spremuto)
- •ALLATTAMENTO AL SENO PREDOMINANTE O PREVALENTE: Latte materno affiancato ad aggiunte di liquidi non nutritivi come piccole quantità di acqua o liquidi a base di acqua quali tè, camomilla, succhi di frutta o altre bevande non zuccherate
- •<u>ALLATTAMENTO AL SENO COMPLEMENTARE</u>: Latte materno e integrazioni di latte artificiale
- •NO SENO

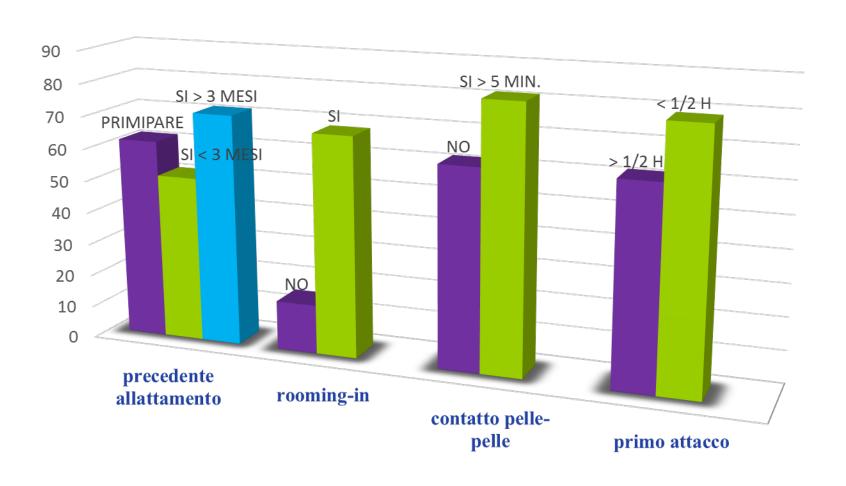
3. ALLATTAMENTO

Domanda: Nelle ultime 24h come ha allattato suo figlio?

	CENTRO NASCITA								
ALLATTAMENTO	PUTIGNANO	ALTAMURA	CORATO	POLICLINICO	SAN PAOLO	DI VENERE	MIULLI	MONOPOLI	TOTALE
ESCLUSIVO	48.7	64.0	53.5	69.6	48.2	79.9	78.9	24.5	63.8
PREDOMINANTE	0.0	0.0	32.5	2.2	21.4	0.6	0.0	0.0	7.5
COMPLETO	48.7	64.0	86.0	71.8	69.6	80.5	78.9	24.5	71.3
COMPLEMENTARE	46.0	34.0	11.4	15.2	29.5	13.4	13.9	75.5	23.1
NO SENO	5.3	2.0	2.6	13.0	0.9	6.1	7.2	0.0	5.6

3. ALLATTAMENTO

FATTORI ASSOCIATI ALL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO A 24H DAL PARTO



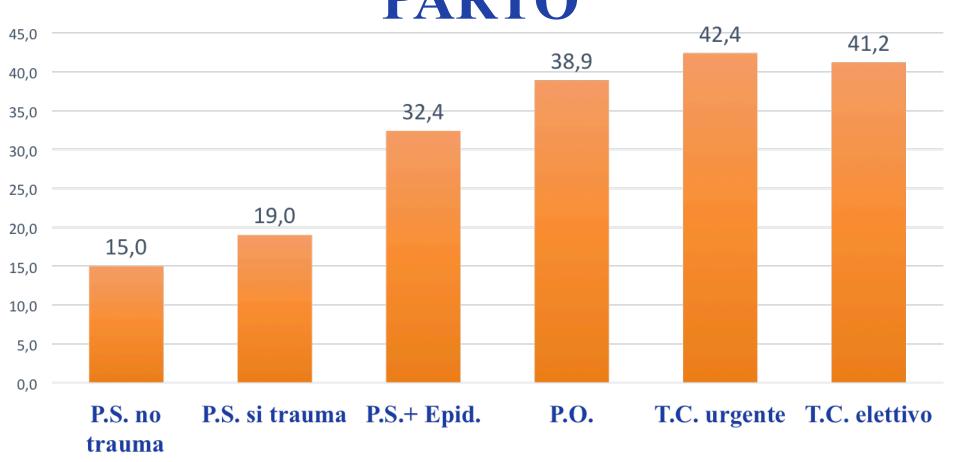
ROOMING-IN

«Il contatto tra madre e figlio, che si realizza sia a livello epidermico che visivo immediatamente dopo la nascita, dovrebbe continuare offrendo alla madre la possibilità di tenere sempre il banchina con se. La pratica del Rooming-in, presenta una serie di importanti vantaggi: facilita il crearsi di un legame affettivo, rende possibile l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento e permette un contatto più stretto con il padre e gli altri familiari»

5. DOLORE 24H

Domanda: Su una scala da 0 a 5, a distanza di 24h dal parto, mediamente qual è l'intensità del dolore che lei ha percepito?

DOLORE A 24 ORE DAL PARTO



Domanda: Gradirebbe una visita gratuita di un'ostetrica a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?

Tra gli **obiettivi** del **POMI** (D.M. 24 aprile 2000): "attivare progetti di **assistenza domiciliare puerperale**, con lo scopo di sostenere le fasce socialmente più deboli, promuovere l'allattamento al seno, favorire il migliore inserimento del nuovo nato nel nucleo familiare."

Domanda: Gradirebbe una visita gratuita di un'ostetrica a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?

Il 72.0 % delle donne ha risposto si

Domanda: È a conoscenza della presenza dei consultori familiari nel proprio territorio?

Il 44.5% ne è a conoscenza e usa il servizio regolarmente

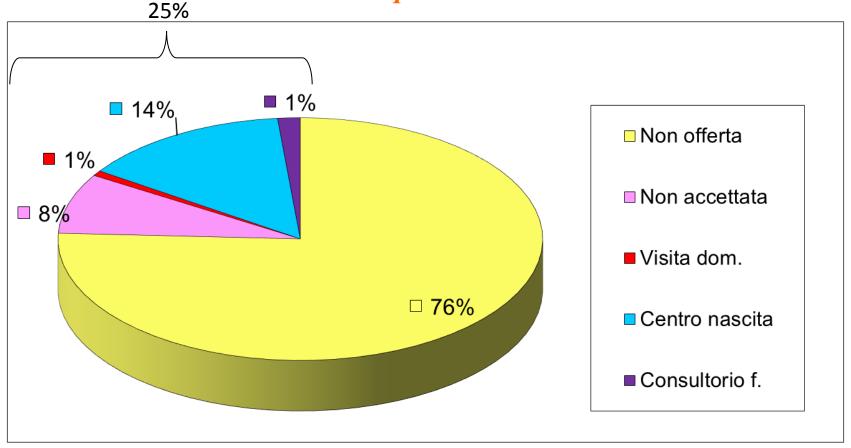
Il 43.6% ne è a conoscenza ma non utilizza il servizio

• BONDING (contatto pelle-pelle, primo attacco, allattamento e rooming-in; percezione del dolore a distanza di 24h dal parto)



FOLLOW-UP A 3 E 6 MESI DAL PARTO

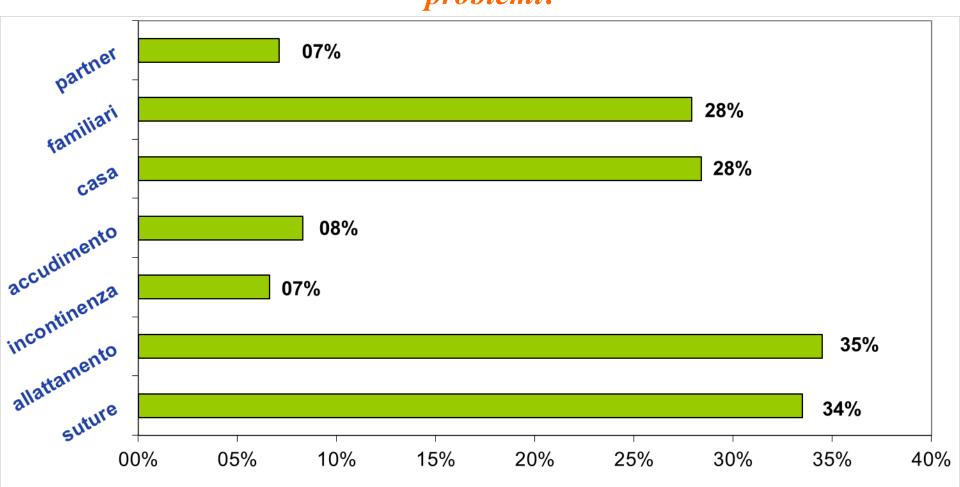
Domanda: Le è stata offerta, dal centro nascita in cui ha partorito, una visita domiciliare o le è stato offerto un incontro presso il centro stesso o il consultorio?



- Solo nel 25 % dei casi è stata offerta una visita in puerperio.
 - Il 67 % delle donne a cui è stata offerta ha usufruito del servizio.

PROBLEMI RISCONTRATI NEI PRIMI 3 MESI DOPO IL PARTO

Domanda: Nel periodo successivo al rientro a casa, ha avuto problemi?



Il 71% delle donna ha dichiarato di aver avuto più di una problematica nel puerperio.

3 mesi/6 mesi

Domanda: Nelle ultime 24 ore, come è stato alimentato il suo bambino?

Tra gli obiettivi del POMI:

«Aumento della prevalenza delle donne allattanti al seno in modo esclusivo fino a 6 mesi compiuti e in modo complementare fino a due anni e oltre»

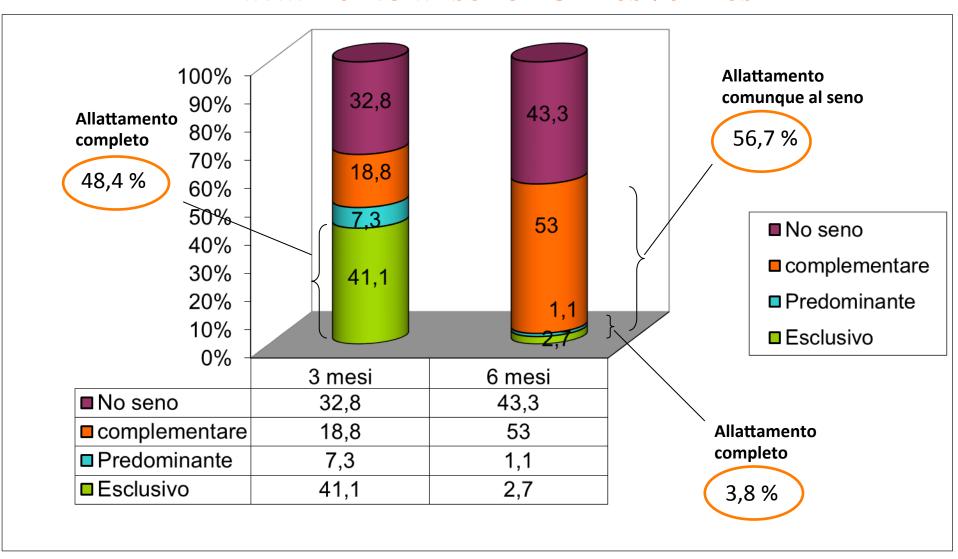
«L'allattamento costituisce l'alimentazione normale ideale del neonato e dà allo sviluppo del bambino basi biologiche ed effetti impareggiabili»

«In gravidanza si raccomanda un'educazione sistematica sull'allattamento al seno, poiché attraverso un'educazione ed un sostegno adeguato tutte le donne sono in grado di allattare il proprio bambino al seno. Si deve invece incoraggiare le madri a tenere il bambino vicino a loro e ad offrirgli il seno ogni volta che il bimbo lo richiede»

«Si deve prolungare l'allattamento al seno il più possibile ed evitare il complemento di aggiunte al sesto mese»

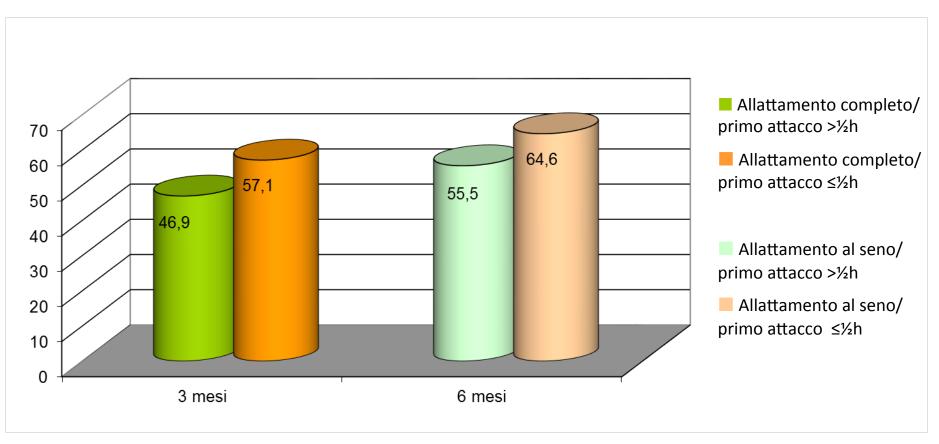
WHO (1985). APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH. Raccomandazioni Dell'organizzazione Mondiale Della Sanità

Allattamento al seno - 3 mesi/6 mesi



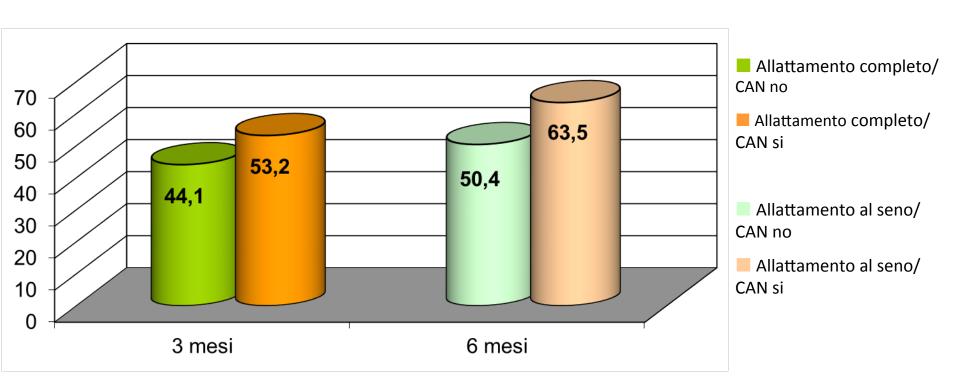
Solo l' 1.9 % delle donna ha partecipato a gruppi di sostegno all'allattamento al seno.

PRIMO ATTACCO AL SENO E ALLATTAMENTO AL SENO A 3 E 6 MESI



PERCENTUALE DI DONNE CHE ALLATTANO AL SENO IN ASSOCIAZIONE AL TIMING PRIMO ATTACCO DOPO NASCITA

PARTECIPAZIONE AI CAN E ALLATTAMENTO AL SENO A 3 E 6 MESI



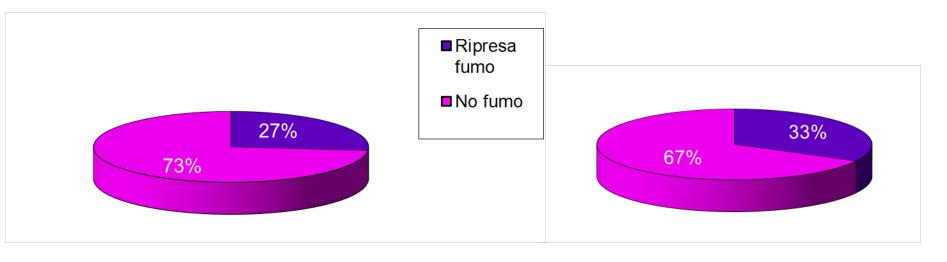
PERCENTUALE DI DONNE CHE ALLATTANO AL SENO IN ASSOCIAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AI CAN

Domanda: Attualmente sta fumando?

PERCENTUALE DI DONNE CHE HA RIPRESO A FUMARE

A 3 MESI DAL PARTO

A 6 MESI DAL PARTO

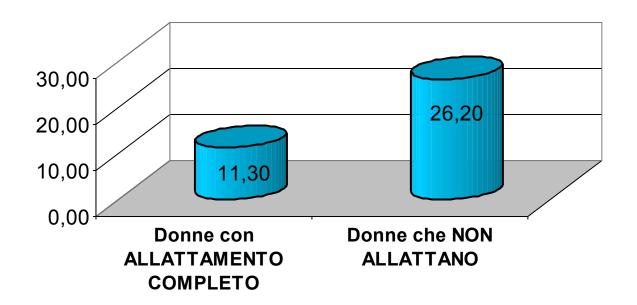


A 3 mesi dal parto, solo ¼ delle donne che fumavano prima della gravidanza ha ripreso a fumare.

A 6 mesi dal parto, solo 1/3 delle donne che fumavano prima della gravidanza ha ripreso a fumare.

ASSOCIAZIONE TRA ALLATTAMENTO AL SENO E RIPRESA DEL FUMO A 3 MESI DAL PARTO

Percentuale di donne che, dopo aver sospeso il fumo in gravidanza, ha ripreso a fumare a 3 mesi dal parto

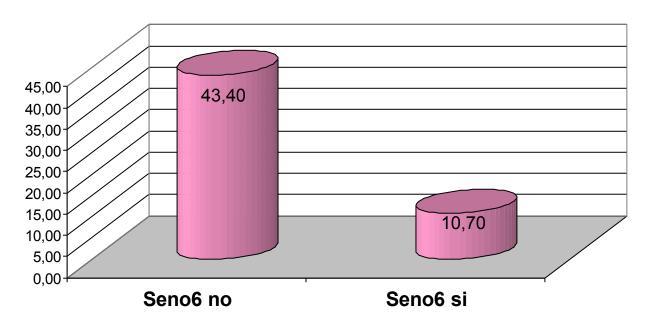


Solo una piccola percentuale di donne che allattano in maniera completa ha ripreso a fumare a distanza di 3 mesi.

Allattare in maniera completa è un fattore protettivo nei confronti della ripresa del fumo a 3 mesi dal parto.

ASSOCIAZIONE TRA ALLATTAMENTO AL SENO E RIPRESA DEL FUMO A <u>6 MESI</u> DAL PARTO

Percentuale di donne che, dopo aver sospeso il fumo in gravidanza, ha ripreso a fumare a 6 mesi.

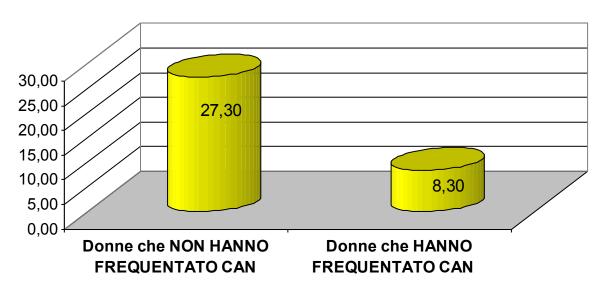


A 6 mesi, solo il 11 % delle donne che allattano comunque al seno ha ripreso a fumare.

L'Allattamento al seno è protettivo nei confronti della ripresa del fumo anche a distanza di 6 mesi.

ASSOCIAZIONE TRA PARTECIPAZIONE AI CAN E RIPRESA DEL FUMO A 3 MESI DAL PARTO

Percentuale di donne che, dopo aver sospeso il fumo in gravidanza, ha ripreso a fumare a 3 mesi dal parto



Solo una piccola percentuale di donne che ha partecipato ai CAN ha ripreso a fumare a distanza di 3 mesi.

Partecipare ad un CAN è un fattore protettivo nei confronti della ripresa del fumo a 3 mesi dal parto. Un ringraziamento a tutte le donne che hanno partecipato all'indagine.

Grazie per il vostro prezioso contributo!

UN RINGRAZIAMENTO AL PROF. MICHELE GRANDOLFO

CONCLUSIONI...