

Relazione al Convegno Nazionale
“ I Consulteri Familiari ed il Progetto Materno-Infantile “

Dr.ssa Marilina Liuzzo
Consulteri Familiari Azienda U.S.L.4
Regione Sicilia

L'assistenza in puerperio

Abstract

Il puerperio rappresenta una fase molto speciale della vita di una donna e del suo neonato . Per la donna l'esperienza del primo parto è probabilmente il più significativo evento di trasformazione mai vissuto . E' un periodo segnato da forti emozioni, nuove e alterate relazioni , assunzione e aggiustamenti di nuovi ruoli .

E' un tempo di profonda transizione ,che pone grandi domande alla resilienza ed alla capacità di adattamento di una donna .

Tale periodo critico che investe aspetti fisiologici, emozionali e sociali per donna , neonato e relativa famiglia porta con sé sia opportunità di salute che problemi e malattie ,condizioni che si rifletteranno inevitabilmente sul benessere dell'intero nucleo familiare .

I bisogni di madre e bambino nel puerperio , se soddisfatti , rappresentano opportunità di salute che nel loro insieme contribuiscono a creare la base di un benessere della diade madre-bambino e della relativa famiglia .

Purtroppo sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo , i bisogni delle donne e dei neonati sono stati quasi completamente “ eclissati “ dall'attenzione prestata a gravidanza e parto .

Il P.O.M.I. affida ai Consulteri Familiari l'obiettivo di “ Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio .

I Consulteri Familiari quali servizi volti alla sorveglianza clinica, al sostegno e alla promozione di salute della madre, del neonato e della famiglia nelle prime settimane di adattamento alla nascita devono attivare la rete che permetta ,attraverso integrazione delle risorse del territorio (Distretto ,Ospedale, Terzo Settore, Servizio di Volontariato Civile) il raggiungimento di tutta la popolazione target tenendo conto soprattutto di quella con fattori di maggiore rischio sociale o sociosanitario.

Puerperio e primo anno di vita del bambino

Il periodo del puerperio (detto anche postpartum) , anche se non ufficialmente definito , è considerato come quel periodo di sei settimane che segue il parto e che coincide con i 40 giorni che ,in molti paesi e molte tradizioni, sono considerati il minimo tempo di convalescenza necessario per madre e bambino .

Il puerperio rappresenta una fase molto speciale della vita di una donna e del suo neonato . Per la donna l'esperienza del primo parto è probabilmente il più significativo evento di trasformazione mai vissuto . E' un periodo segnato da forti emozioni, nuove e alterate relazioni , assunzione e aggiustamenti di nuovi ruoli .

E' un tempo di profonda transizione ,che pone grandi domande alla resilienza ed alla capacità di adattamento di una donna .

In tale periodo il corpo della donna ritorna in gran parte alla condizione dello stato di non gravidanza : l'utero e la vagina riguadagnano le proporzioni pregravidiche ; i cambi fisiologici della gravidanza come l'aumento della gittata cardiaca e del volume del sangue , l'aumento del fluido extracellulare ed i cambi nella composizione del sangue cessano ; l'improvvisa scomparsa degli ormoni placentari dopo il parto e l'inizio della lattazione hanno causato drastici cambi endocrinologici , ma dopo sei settimane è stato raggiunto uno stato di stabilità. L'adattamento psicosociale di madre, bambino e famiglia , usualmente , raggiunge un nuovo equilibrio ;

Cionondimeno non c' è un definitivo ritorno allo stato di non gravidanza : l'allattamento usualmente continua, spesso il ciclo mestruale non si è normalizzato e l'attività sessuale non è stata ristabilita . La contraccezione , che è un importante bisogno può essere problematico per molte coppie in questo periodo .

Per il bambino l'epoca di sei settimane non è un decisivo punto di svolta nella propria vita , ma la continuazione o l'interruzione dell'allattamento è direttamente correlata alle attività sociali ed economiche della madre ed alla sua scelta del metodo contraccettivo.

Il periodo delle prime sei settimane rappresenta dunque l'ambito privilegiato di intervento , anche se è pienamente riconosciuto che la vita della madre e del bambino e della loro famiglia sono in un continuum di evoluzione di cui, almeno nel primo anno di vita, bisogna tenere conto al fine di una maggiore individualizzazione ed appropriatezza delle cure

Problemi, malattie ed opportunità di salute in puerperio

Tale periodo critico che investe aspetti fisiologici, emozionali e sociali per donna , neonato e relativa famiglia porta con sé sia opportunità di salute che

problemi e malattie ,condizioni che si rifletteranno inevitabilmente sul benessere dell'intero nucleo familiare .

I problemi che più frequentemente affliggono le donne nel postpartum sono: incontinenza urinaria , mal di schiena, mal di testa, dolori pelvici, emorroidi, stipsi, dispaurenia , anemia, depressione, ansia ed estrema stanchezza, ingorghi mammari, agalattia riconducibili oltre che a parità , stato civile, età, condizioni della gravidanza anche agli eventi occorsi durante il travaglio ed il parto , comprese le procedure assistenziali adottate

D'altra parte l' evidenza di questa continuità fra le varie fasi del percorso riproduttivo si ritrova nel fatto che l'intervento assistenziale dei paesi sviluppati, focalizzato quasi esclusivamente sulle cure antenatali ed intrapartum, abbia significativamente ridotto i tassi di mortalità materna e neonatale.

Fra i maggiori rischi di malattia del periodo per la madre : l'emorragia postpartum ,l' eclampsia , l' infezione genitale , la malattia tromboembolica, le complicazioni del tratto urinario , dolori perineali e vulvari , la mastite .

Le condizioni che minacciano invece la sopravvivenza del neonato sono : la nascita pretermine , la insufficiente crescita per la data , le anomalie congenite,le severe infezioni batteriche, il tetano neonatale , la sofferenza conseguente a traumi del parto, le malattie diarroiche ; altre serie condizioni patologiche sono i disturbi della termoregolazione , l'ittero neonatale, l'infezione da herpes, l'epatite B, l'infezione da H.I.V.

La maggior parte di queste situazioni ricorrono nel periodo delle sei settimane dopo il parto incidendo non solo sulla mortalità materna e neonatale ma anche sulla morbosità materna e neonatale nel 1° anno di vita del bambino e rappresentano dunque una sfida importante nell'organizzazione ed offerta di cure .

I dati emergenti dall'Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita dell'I.S.S. (Grandolfo, Donati, Giusti 2002) confermano l' interrelazione fra gli eventi della gravidanza e del parto e la morbosità materna e infantile ; assumendo come indicatore la prevalenza dell'allattamento materno a tre e cinque mesi quale fattore di protezione dai problemi o malattie di madre e bambino occorrenti durante il puerperio , è stata evidenziato che l'allattamento al seno dopo i 5 mesi protegge dal ricorso al pronto soccorso pediatrico nel primo anno di vita del bambino e che il taglio cesareo espone maggiormente le madri ad una minore prevalenza di allattamento completo a 3 mesi ed oltre i 5 mesi .

Inoltre nell'ambito dei non infrequenti disturbi psicologici del puerperio classificati come Postpartum Blues, Depressione Postpartum , Psicosi Puerperale (Pop 1991) è importante sottolineare come il supporto emotivo da parte dei caregivers durante il travaglio sia associato, dopo sei settimane dal parto , ad una netta diminuzione dei disordini dell'ansia e della depressione (Wolman et al 1993) .

Infine bisogna ricordare un'altra importante opportunità di salute rappresentata dalla contraccezione , se si considera la maggiore prevalenza di interruzioni di gravidanza nel periodo che si estende al primo anno di vita del bambino .

Attraverso diversi studi epidemiologici è stato possibile risvegliare la consapevolezza sul problema della morbosità postpartum e sulla sua possibilità di

innescare disabilità materne e, nel caso di neonati difficilmente “ comprensibili” come i neonati pretermine e di basso peso, difficoltà di attaccamento da parte dei genitori (Marconi et al 2003)

L’Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita dell’I.S.S. (Grandolfo, Donati, Giusti 2002) affronta, attraverso il metodo dell’intervista alle donne , non solo i problemi di salute che più frequentemente emergono nel periodo , ma anche l’ eventuale fruizione di opportunità di salute offerte dai servizi :

- rooming-in, allattamento precoce, allattamento alla dimissione ,informazioni adeguate in reparto , inviti a visita, visite domiciliari e partecipazione ad incontri in puerperio
- problemi al rientro in casa quali punti di sutura, allattamento, incontinenza urinaria , gestione del bambino, relazione con il partner ;
- problemi nel 1° anno di vita del bambino quali ripresa dei rapporti sessuali, , visite ginecologiche di controllo , contraccezione, allattamento nel 1° anno di vita del bambino , ricorso al pronto soccorso pediatrico

Il metodo di domandare alle donne di riferire la propria esperienza circa i problemi vissuti , si è rivelato utile per ottenere dati sulla morbosità del puerperio e per definire le risposte assistenziali ai bisogni emersi .

In particolare è emerso che fattori associati ad una maggiore prevalenza di allattamento completo al seno oltre i tre ed i cinque mesi sono : l’età > 30 a, l’istruzione superiore , l’aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, specie se in CF, l’aver potuto usufruire di rooming in, l’aver allattato in maniera esclusiva in reparto, l’aver usufruito di visite domiciliari e l’aver partecipato a incontri in puerperio ; fattori associati ad una minore prevalenza sono la pluriparità , il parto con T.C. l’allattamento al seno dopo 2 ore , la gemellarità, l’aver avuto problemi al rientro a casa per l’allattamento e la residenza al Centro e al Sud .

L’Indagine ISS conferma in parte la seguente lista dei bisogni di madre e bambino definiti nel ’98 dal Technical Working Group del WHO, indicandoli inoltre quali opportunità di salute che i servizi non dovrebbero disattendere nella pianificazione dei servizi e nella erogazione delle cure .

I bisogni di madre e bambino nel puerperio

Nel post-partum la donne hanno bisogno di :

- ***Informazioni e counselling*** su cura del bambino e allattamento ;ciò che accade al proprio corpo-compresi i segni di possibili problemi ; selfcare – igiene e guarigione ; vita sessuale ; contraccezione ; nutrizione
- ***Supporto da*** professionisti della salute ; partner e famiglia – emozionale e psicologico
- ***Cure per complicazioni sospette o manifeste***
- ***Tempo per la cura del bambino***
- ***Aiuto per i compiti domestici***
- ***Permessi di maternità***
- ***Reintegrazione sociale nella propria famiglia e comunità***
- ***Protezione da abusi/violenze***

Le donne possono avere paura di :

- ***Inadeguatezza***
- ***Perdita dell'intimità coniugale***
- ***Isolamento***
- ***Costante responsabilità della cura del bambino e di altri***

Il neonato bambino ha bisogno di :

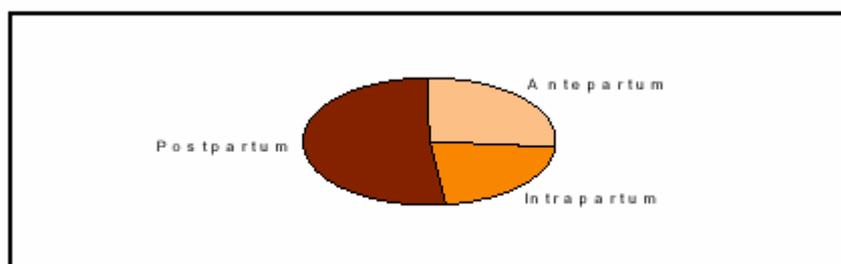
- ***Facile accesso alla madre***
- ***Alimentazione appropriata***
- ***Adeguate temperatura dell'ambiente***
- ***Ambiente sicuro***
- ***Cure parentali***

- *Pulizia*
- *Osservazione dei segni del corpo da parte di qualcuno che lo cura e può intraprendere azioni se necessario*
- *Accesso alle cure per complicazioni sospette e manifeste*
- *Essere nutrito, coccolato, stimolato*
- *Protezione* da malattie , pratiche dannose, abuso / violenza
- *Accettazione del* sesso, dell'aspetto e del peso
- *Ricognizione dello stato vitale attraverso un sistema di registrazione*

Tutti questi bisogni , se soddisfatti , rappresentano opportunità di salute che nel loro insieme contribuiscono a creare la base di un benessere della diade madre-bambino e della relativa famiglia .

Purtroppo sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo , i bisogni delle donne e dei neonati sono stati quasi completamente “ eclissati “ dall’attenzione prestata a gravidanza e parto .

Tale “ eclisse” ignora il fatto che la maggior parte di disabilità materne occorre nel periodo del post-partum e che la mortalità neonatale precoce rimane alta (vedi grafico)



La scarsità di cure offerte alle donne e ai loro neonati a o nei luoghi di cura , rappresenta un ben piccolo contributo al loro benessere nonché una delicata base per la loro futura salute.

La povertà o la scarsa qualità delle cure riduce sia le opportunità di promozione alla salute che quelle di precoce individuazione di problemi e malattie e della loro adeguata gestione.

Organizzazione delle cure e modelli assistenziali

Il TWG del Postpartum Mother Infant (WHO 98) riassume gli elementi essenziali delle cure che dovrebbero essere prestate nel puerperio a madre e bambino in una ideale tempistica di contatti con la donna :

Table 3 Key elements of postpartum care

6-12 hours	3- 6 days	6 weeks	6 months
Baby: breathing warmth feeding cord	feeding infection routine tests	weight/feeding immunization	development weaning
immunization			
Mother: blood loss pain BP advice/ warning signs	breast care temperature/infection lochia mood	recovery anaemia contraception	general health contraception continuing morbidity

anche se specifica che le donne dovrebbero avere accesso ai servizi tutte le volte che ne hanno bisogno e che qualsiasi forma di continuità di supporto per madre e bambino è fortemente auspicabile.

Il TWG non si esprime in maniera specifica circa la *dimissione precoce* (cioè quella che avviene prima delle 48/72 ore di vita) ma enfatizza l'importanza di un'attenta osservazione quotidiana nella prima settimana dall'ostetrica, ritenuta la figura più appropriata di supporto a madre e bambino, o in alternativa dall'infermiera; viene inoltre ribadito il ruolo svolto dai membri della famiglia quali primari caregivers, capaci di prendersi cura di piccoli problemi insorgenti nel periodo e l'importanza dunque di coinvolgerli con informazioni e counselling.

Il documento italiano "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato" curato da un nutrito gruppo di neonatologi, ostetriche e ginecologi, infermieri, infermieri pediatrici, psicologi e firmato da 13 società scientifiche e professionali, focalizza il problema della dimissione precoce precisando che "attualmente non vi sono solide evidenze scientifiche per supportarla o condannarla, anche perché i suoi esiti sono fortemente dipendenti dall'assistenza all'evento nascita nel suo complesso (gravidanza, travaglio, parto, puerperio), che come sappiamo è

differenziata in base alle diverse forme di organizzazione e pratica assistenziale, sia a livello nazionale che locale.”

E' quindi preferibile parlare di *dimissione concordata e appropriata*, con ciò intendendo una modalità di dimissione che tenga conto delle esigenze e della volontà della madri e della necessità, qualora sussistano i motivi, di attivare ed integrare tra loro le necessarie risorse territoriali atte a sostenere la nuova famiglia nel periodo critico del rientro a domicilio. “

La prassi della dimissione concordata ci rinvia ad un modello sociale di salute nel quale le persone e le comunità non sono soggetti deboli, vulnerabili, da tutelare ,ma hanno potenziali competenze da valorizzare; in tale modello i professionisti esprimono una qualità comunicativa non direttiva, basata sul rispetto, la gentilezza, l'empatia e la compassione , attenta alle soggettività, tesa a valorizzare le potenziali competenze delle persone e delle comunità nell'effettuare scelte consapevoli ed autonome .

L'appropriatezza della dimissione precoce attiene invece alla capacità di attivazione dei servizi volti alla sorveglianza clinica, al sostegno e alla promozione di salute della madre, del neonato e della famiglia nelle prime settimane di adattamento alla nascita . E ciò attraverso una integrazione delle attività ospedaliere e territoriali per tutta la popolazione, ma anche e soprattutto tenendo conto di quella con fattori di maggiore rischio sociale o sociosanitario.

Il P.O.M.I. affida ai Consultori Familiari l'obiettivo di “ Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio ;

fra tutti gli indicatori utili a valutare il processo particolarmente rilevante risulta essere “ la percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno sino al momento della dimissione ospedaliera e che seguiranno ad allattare al terzo mese ed al sesto mese”.

Tale indicatore assurge infatti a migliore misura sintetica non solo del processo di integrazione fra cure ospedaliere e territoriali , ma anche del processo di empowerment attivato nelle donne e che ha sostenuto il loro desiderio di allattare il bambino quale positiva aspirazione alla realizzazione di una competenza di cura e salute (Indagine Conoscitiva sul Percorso Nascita Grandolfo, Donati, Giusti 2002)

L'assistenza domiciliare in puerperio

Il benessere materno è dipendente dalla vicinanza del suo bambino e dall'ambiente che la circonda. Se l'ambiente è di supporto, la donna può avere cura di sé e del suo bambino.

Gli interventi domiciliari al puerperio dovrebbero essere connessi alle dimissioni precoci, essere offerti a tutte le donne, durare qualche settimana ed essere orientati a prevenire le possibili complicanze puerperali, a confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento, a promuovere l'allattamento al seno ed aiutare il ri-adattamento della donna dopo il parto (ripresa generale, vita sessuale e contraccezione). Non è stata chiaramente definita la frequenza delle visite, anche se attualmente appare strategico effettuare almeno una visita prima della fine della prima settimana.

Fra le figure professionali più idonee a svolgere l'intervento, quelle presenti nei consultori familiari (ostetrica/o, assistente sanitaria, assistente sociale, infermiera/e professionale, vigilatrice d'infanzia, psicologo, ginecologo, pediatra), anche se nelle condizioni di fisiologia, l'ostetrica è l'operatrice privilegiata per costituire il riferimento di continuità assistenziale e relazionale durante la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Questo tipo di interventi di breve durata possono, con vantaggio, essere utilizzati anche per individuare precocemente situazioni a rischio; trasformarsi conseguentemente in interventi domiciliari più lunghi. In tali programmi viene richiesta la figura dell'assistente domiciliare la cui formazione e ruolo possono essere molto diversificati. Gli obiettivi degli interventi domiciliari rivolti a nuclei a rischio riguardano in genere, il sostegno in situazioni di disagio emotivo, fisico, relazionale, le situazioni di isolamento sociale, la riduzione degli incidenti domestici, la prevenzione della violenza domestica e l'utilizzo adeguato dei servizi pubblici disponibili. La durata si aggira intorno all'anno di vita del bambino.

La figura dell'assistente domiciliare diventa imprescindibile nei programmi di interventi domiciliari a più lungo termine (tre, cinque anni del bambino) i cui obiettivi riguardano lo sviluppo delle capacità cognitive e relazionali del bambino, il suo rendimento scolastico.

Gli interventi domiciliari di breve durata vengono attualmente offerti in Italia già da molti consultori familiari; la popolazione target è quella di donne utenti che hanno già fruito di informazioni sulla gravidanza, parto e nascita, sull'allattamento al seno, nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita o del counselling individuale svoltosi nell'ambulatorio ostetrico; questi interventi vengono per lo più effettuati a richiesta di donne che già hanno conosciuto e frequentato il consultorio. Il dato italiano dell'affluenza media ai corsi di preparazione alla nascita del 30% (ISS 2002) e i fattori di rischio associati alla non frequenza (bassa istruzione, fasce d'età estreme, casalinghe, pluripare, residenza al Sud) ci evidenziano come tali interventi domiciliari non siano rivolti alle donne che più si gioverebbero di tale possibilità di empowerment.

Tale evidenza pone dunque il problema di un'offerta attiva, già raccomandata dal P.O.M.I. delle visite domiciliari in puerperio. Offerta attiva che chiama in causa la controversa questione delle risorse umane, professionali e di tempo che attualmente, nell'ambito delle attività consultoriali, possono e devono essere dedicate all'assistenza domiciliare.

L'attuale orientamento dei Consulenti di funzionare secondo il modello dell'affluenza spontanea costituisce un limite oggettivo ai programmi di offerta attiva compresi quelli di assistenza domiciliare in puerperio, causando un'autoselezione dell'utenza, una settorializzazione delle attività ed una degenerazione verso l'esclusiva attività di cura.

Inoltre l'attuale scarsità o inadeguata distribuzione delle risorse professionali (vedi ruolo ausiliario dell'ostetrica ancora in molti consultori), impedisce spesso l'avvio dei programmi di offerta attiva.

Integrazione di risorse

Il problema della scarsità o inadeguata distribuzione di risorse rimanda inevitabilmente alla necessità di implementare gli organici consultoriali da una parte e a quella di agire in rete dall'altra.

Il P.O.M.I. indica chiaramente come i Consulenti debbano integrarsi con i servizi di I°, II° e III° livello attraverso le strutture del Distretto Sanitario di Base e del Dipartimento Materno Infantile e con altri Enti Nazionali o Territoriali con i quali esistano obiettivi condivisibili; questa integrazione dovrà avvalersi anche di protocolli d'intesa.

Un programma di offerta attiva di assistenza domiciliare dovrebbe pertanto prevedere l'integrazione sanitaria con i medici di famiglia, pediatri di famiglia, dipartimento di prevenzione, dipartimento salute mentale, reparti di ostetricia, reparti di pediatria, ufficio educazione alla salute, servizi sociali distrettuali e comunali; infatti la definizione dei percorsi organizzativi, diagnostico-terapeutici e di intervento permette la chiara distribuzione di compiti e competenze e delle procedure da adottare. L'integrazione con le istituzioni pubbliche extra sanitarie (assessorati comunali e provinciali per le pari opportunità, asili nido, biblioteche e ludoteche comunali ecc) può inoltre potenziare l'efficacia delle politiche sociali rivolte alla nascita ed alla maternità.

Il potere "entrare a casa" delle donne madri con neonato, in un programma di offerta attiva, è un successo legato oltre che all'abilità organizzativa e comunicativa dei professionisti anche alla capacità di integrazione con tutte le altre risorse presenti sul territorio.

In tale capacità di integrazione insiste il lavoro di comunità necessario per una assunzione collettiva di responsabilità verso la nascita e che rinforzi, attraverso relazioni fiduciarie, senso di appartenenza, reti di buon vicinato, legami sociali e integrazione culturale, la convinzione diffusa che "la nascita è un bene comune".

Il rischio sociosanitario che si rileva in situazioni di esclusione sociale, povertà, immigrazione e sicurezza durante l'assistenza domiciliare di routine pone la questione del ruolo dei servizi sociali, della facile accessibilità ai servizi ed anche quello della disponibilità di risorse umane che svolgano uno specifico programma di supporto individualizzato per i nuclei a rischio.

Si è reso pertanto indispensabile , nei programmi di assistenza al puerperio , introdurre la figura dell'assistente domiciliare che, grazie ad una specifica formazione su gravidanza , parto , puerperio, allattamento , maternità, neonato, potesse svolgere il supporto necessario a tali situazioni di rischio.

Tale figura professionale è stata definita anche come “ Assistente alla madre” sul modello della figura della “doula” utilizzata quale figura nel supporto durante il travaglio , soprattutto . nei parti assistiti solo da ginecologi.

Il requisito fondamentale per potere svolgere il ruolo di assistente alla madre e /o della doula è ritenuto essere quello di avere vissuto in prima persona l'esperienza di gravidanza, parto, allattamento ed accudimento del bambino : tali competenze acquisite nel proprio percorso personale risulterebbero infatti meglio trasmesse alla neo-madre e garantirebbero un supporto più efficace.

Il reperimento di tale figura è però attualmente subordinata ad una formazione e ad un arruolamento specifico che dovrebbe avvenire ad opera di enti di formazione professionale e da enti amministrativi come i comuni , possibilmente nell'ambito dell'applicazione della legge 328 o della 285 (, una occupatesi di integrazione sociosanitaria , l'altra di tutela dell'infanzia); ovviamente la scelta di tali enti di investire risorse economiche nella figura dell'assistente alla madre è strettamente connessa alla sensibilità più o meno diffusa nella comunità del valore della nascita come bene comune.

Recentemente il programma di assistenza domiciliare dell'A.S.L. 4 di Enna ha previsto l'impiego di volontarie del Servizio Civile Nazionale , quale integrazione di risorse della rete consultoriale , da impiegare specificatamente nell'assistenza a madri in difficoltà con minore (Settore assistenza Area 11); tale scelta è scaturita dalla possibilità avuta l'A.S.L. 4 in qualità di ente accreditato dall'Ufficio di Servizio Nazionale Civile , di avvalersi di personale giovane e motivato, che, stimolato dalla possibilità di vivere un'esperienza qualificante nel campo della solidarietà sociale, assicura un servizio continuativo; la scelta è stata inoltre determinata dalla volontà di utilizzare tutte le risorse sociali e sanitarie disponibili sul territorio per la realizzazione dell'offerta attiva delle assistenza domiciliare in puerperio . Pertanto è stato presentato un progetto di impiego delle volontarie che dopo essere stato esaminato e approvato è stato inserito nei bandi di selezione

Cos'è il SCN

Il Servizio Civile Nazionale, istituito con la legge 6 marzo 2001 n° 64, - che dal 1° gennaio 2005 si svolge su base esclusivamente volontaria - è un modo di difendere la patria, il cui "dovere" è sancito dall'articolo 52 della Costituzione; una difesa che non deve essere riferita al territorio dello Stato e alla tutela dei suoi confini esterni, quanto alla *condivisione di valori comuni e fondanti l'ordinamento democratico.*

E' la possibilità messa a disposizione dei giovani dai 18 ai 28 anni di dedicare un anno della propria vita a favore di un *impegno solidaristico inteso come impegno per il bene di tutti e di ciascuno e quindi come valore della ricerca di pace.*

Il servizio civile volontario garantisce ai giovani una forte valenza educativa e formativa, è una importante e spesso unica occasione di crescita personale, una opportunità di educazione alla cittadinanza attiva, un prezioso strumento per aiutare le fasce più deboli della società contribuendo allo sviluppo sociale, culturale ed economico del nostro Paese .

Chi sceglie di impegnarsi per dodici mesi nel Servizio civile volontario, sceglie di aggiungere un'esperienza qualificante al proprio bagaglio di conoscenze, spendibile nel corso della vita lavorativa, quando non diventa addirittura opportunità di lavoro, nel contempo assicura una sia pur minima autonomia economica. Le aree di intervento nelle quali è possibile prestare il Servizio Civile Nazionale sono riconducibili ai settori assistenza, protezione civile, ambiente , patrimonio artistico e culturale , educazione e promozione culturale , servizio civile all'estero .

L'utilizzo dei volontari del servizio civile attiva un rapporto privilegiato con i ragazzi che, dopo i 12 mesi di servizio, tendono in genere a mantenere contatti collaborativi con l'ente. La formazione dei giovani che hanno scelto di partecipare a progetti di Servizio civile, è attuata dagli Enti presso i quali si svolge il servizio stesso.

La formazione viene suddivisa in due fasi. La prima (formazione generale) consiste in una presentazione del Servizio civile e dei principi che ne sono alla base, principi che devono accompagnare il ragazzo durante l'intero servizio. La seconda fase (formazione specifica) entra nello specifico degli argomenti trattati dal progetto definendo e fornendo informazioni, metodi e supporti per lo svolgimento delle attività del servizio .

La fase attiva, attuativa del progetto nel corso della quale le nozioni ricevute trovano applicazione, è parte integrante del processo di formazione e costituisce momento di utile verifica ed approfondimento di quanto appreso durante i corsi. L'intero percorso del servizio è dunque formazione ed a tal fine è prevista , oltre alla figura di formatore, la figura dell'*operatore locale di progetto* (OLP) che, inteso come "maestro" dei volontari, costituisce il punto di riferimento del giovane volontario di Servizio civile; il rapporto da "apprendista a maestro", consentirà al ragazzo di crescere e di acquisire le esperienze necessarie al perseguimento di una professionalità spendibile nel mondo del lavoro.

Il Progetto MammaSole

Il progetto per l'impiego delle volontarie di SNC nasce dall'acquisizione dei dati dell'indagine ISS sulla Qualità dei Servizi del Percorso Nascita a cui l'A.S.L. 4 ha partecipato sia nella somministrazione dei questionari che nell'elaborazione dei dati; da questi dati si evidenzia che circa il 25% delle puerpere del territorio della Provincia di Enna riporta uno stato di disagio , l'11,9% pur avendo bisogno di

aiuto non si rivolge ad alcuno e che il 55% non è stata aiutata o solo poco dal partner nelle cure /gestione del bambino, dati che confermano una domanda sommersa di assistenza; altri dati della stessa indagine territoriale (solo il 10 % si è rivolto alla struttura pubblica e il 3.1% al consultorio familiare , solo l'1,9% ha ricevuto visite ostetriche domiciliari dal consultorio familiare e l'1,9% dal servizio privato e il 47,5% del campione non ha ricevuto alcuno invito a recarsi presso una struttura pubblica di assistenza) evidenziano la scarsa offerta di servizi di assistenza.

Grazie all'Indagine è stato possibile accertare condizioni diffuse *di isolamento e di scarso sostegno ed aiuto* che tiene lontane le donne dai luoghi di cura, ascolto ed educazione sanitaria con conseguenze negative sulla relazione ed il benessere madre-bambino e di tutta la famiglia.

L'obiettivo generale del progetto è quello raccomandato dal P.O.M.I , *gli obiettivi specifici* sono : Allattamento esclusivo materno per 4/6 mesi ; Prevenzione della IVG ; Prevenzione della depressione post-partum ; Prevenzione della violenza nelle mura domestiche ;

Le azioni previste sono il controllo ostetrico del postpartum, il sostegno dell'allattamento materno, la rilevazione, attraverso la somministrazione di un questionario, di dati sulle opportunità di salute fruite da madre e bambino , l' offerta di informazioni sulle opportunità di salute fruibili da madre e bambino nel primo anno di vita di quest'ultimo , la precoce individuazione dell' eventuale disagio emotivo e pratico puerperale/familiare e l'offerta di un sostegno psico-sociale alle madri in difficoltà, attraverso l'attuazione di un progetto di supporto individualizzato con impiego delle volontarie di SCN in vari compiti di cura e assistenza del nuovo nucleo familiare

L'azione fondamentale del progetto dunque è quella di raggiungere , mediante una offerta attiva delle visite domiciliari, il 50% di neomamme del territorio del'A.S.L (pari a 800 nati nell'anno), individuando fra di esse le 200 donne in condizioni di disagio fisico,psichico e relazionale (pari al 25 % emergente dalla ricerca dell'ISS) e promuovendo azioni di aiuto e sostegno a loro favore .

Il progetto prevede dunque sia gli interventi domiciliari a breve durata , curati dagli operatori consultoriali ed in particolare dall'ostetrica , ed interventi domiciliari di lunga durata curati dalle volontarie del SCN su progetto e con supervisione di assistente sociale e/o psicologo ed eventuale consulenza del pediatra di famiglia .

Gli operatori locali prescelti in ogni consultorio sono assistenti sociali, ostetriche ed infermieri impegnati in briefing quotidiani sulle attività svolte sia in sede consultoriale che domiciliare e responsabilizzati nell'opera di integrazione ambientale che deve avvenire fra le équipes del consultorio e le volontarie del SCN.

Conclusioni

L'obiettivo assegnato ai consultori :

“ Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato attraverso l'offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni “ rappresenta una sfida all'attuale organizzazione dei consultori prevalentemente orientata verso un'autoselezione dell'utenza , una settorializzazione delle attività ed una degenerazione verso l'esclusiva attività di cura .

Un generale processo di integrazione di risorse può sostenere il cambiamento assistenziale orientandolo verso la promozione della salute ;

la specifica integrazione con le risorse del Servizio Civile Nazionale , attraverso l'impiego delle volontarie, rappresenta una concreta opportunità di potenziamento delle attività istituzionalmente raccomandate ai consultori familiari ed un miglioramento della qualità delle cure erogate alle puerpere, i loro bambini, le relative famiglie .

Bibliografia principale

- | | |
|--|---|
| Postpartum care of the mother and newborn
Report of a technical group | WHO/RHT/MSH/3.98 |
| Pregnancy, childbirth and newborn care :
A guide for essential practice | WHO 2006 |
| Sostegno ai genitori in difficoltà nel follow-up infantile : “Raggiungere gli irraggiungibili. Un programma d'intervento domiciliare al bambino nel primo anno di vita | Marconi et al
Atti del convegno
Andria 2003 |
| Indagine Conoscitiva 2002 sulla Qualità del Percorso Nascita | Grandolfo,Donati,Spinelli
Istituto Superiore di Sanità |
| Fare lavoro di comunità
Riferimenti teorici e strumenti operativi | E.R. Martini, A.Torti
Ed. Carocci Faber |

